



N A ♥ A R R A

# LÍNEAS DE ACCIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA DE NAVARRA

2019-2022



ÍNDICE



PASA PÁGINA



IMPRIMIR

Nafarroako  
Gobernua



Gobierno  
de Navarra



ÍNDICE



PASA PÁGINA



IMPRIMIR



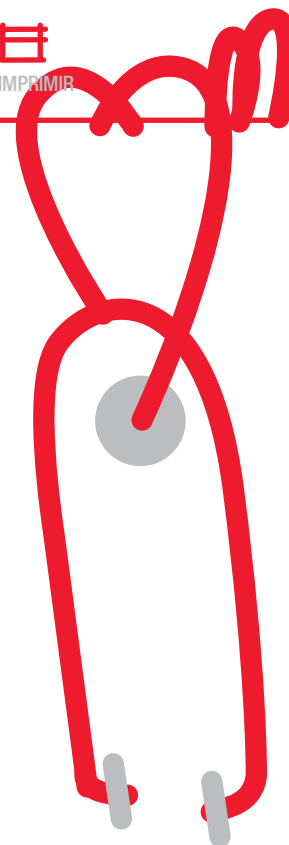
Servicio Navarro de Salud  
Osasunbidea

Gerencia de Atención Primaria  
Oinarrizko Osasun Laguntzako Kudeatzailletza

N A ♥ A R R A

# LÍNEAS DE ACCIÓN Y PARTICIPACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA DE NAVARRA

2019-2022



**“Sin una Atención  
Primaria fuerte  
y empoderada,  
ningún Sistema  
Sanitario es  
sostenible a  
largo plazo”**

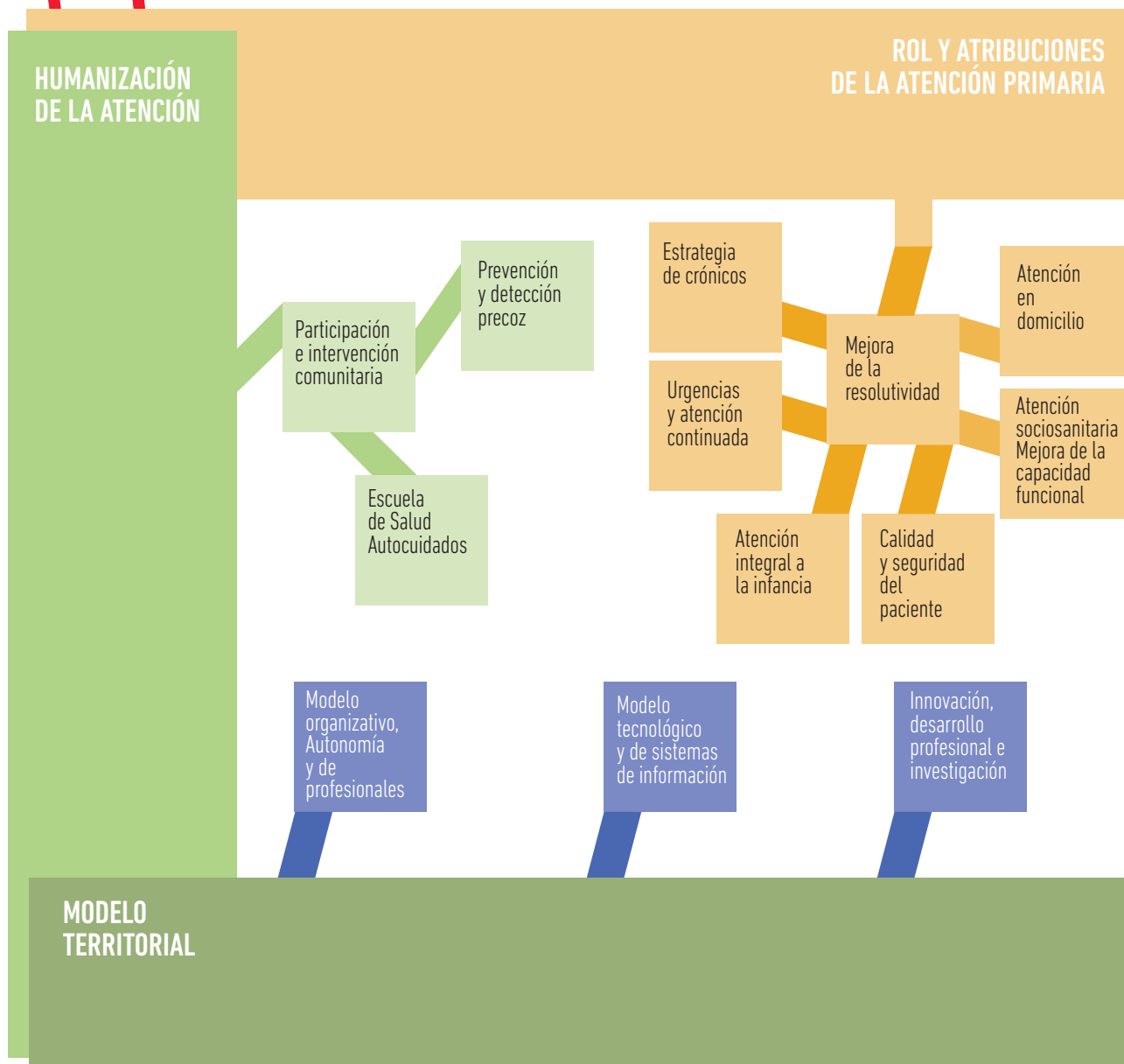
**Kings Found**

# ÍNDICE

<b>&gt; A. DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA</b>	
<b>LÍNEAS DE ACCIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>&gt; B. APORTACIONES A LA CIUDADANÍA DE LA ESTRATEGIA A LA CIUDADANÍA .....</b>	<b>111</b>
<b>&gt; C. PROCESO DE PARTICIPACIÓN .....</b>	<b>117</b>

# A. DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNITARIA. LÍNEAS DE ACCIÓN

## DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA



## RESUMEN DE PROYECTOS ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

### ➤ I. Rol y Atribuciones de APyC

- I.1. Redefinición del Rol y Atribuciones de APyC

### ➤ II. Participación e intervención Comunitaria. Prevención y Detección Precoz

- II.1. Integración de la salud en todas las acciones. Promoción de entornos saludables.
- II.2. Actualizar composición, funciones y atribuciones de los consejos de salud, orientarlos como órganos de participación y coordinación en el ámbito sociosanitario.
- II.3. Trabajar conjuntamente con ayuntamientos y asociaciones locales en la promoción de participación social y de ocio, contando con los recursos y actividades existentes.
- II.4. Acuerdo de colaboración con las oficinas de farmacia.
- II.5. Utilización de nuevas tecnologías para mejorar la participación ciudadana.
- II.6. Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual.
- II.7. Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.

#### **Líneas de Acción relacionadas descritas en otras Estrategias**

- III.2. Atención a procesos agudos. Autocuidados.
- IV.2. Extensión de la estrategia de autocuidados en procesos crónicos.

### ➤ III. Mejora de la Resolutividad

- III.1. Evaluación y mejora de la capacidad resolutiva.
- III.2. Atención inicial a procesos agudos orientada al autocuidado.
- III.3. Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre APyC y Hospitalaria.
- III.4. Potenciar la interconsulta no presencial de medicina y enfermería.
- III.5. Incorporación de la ecografía clínica a la práctica asistencial en APyC.
- III.6. Accesibilidad y mejora de la visualización de la imagen radiológica.
- III.7. Potenciar la cartera de servicios de cirugía menor en todos los EAP de Navarra.
- III.8. Extensión territorial de la realización de la retinografía.
- III.9. Dotación de medidores portátiles de hemoglobina glucosilada.
- III.10. Incorporación de la dermatoscopia a la práctica asistencial en APyC.

#### **Líneas de Acción relacionadas descritas en otras Estrategias**

- II.3. Trabajar conjuntamente con ayuntamientos y asociaciones locales en la promoción de participación social y de ocio, contando con los recursos y actividades existentes.
- IV.1. Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.
- IV.3. Coordinación con Hospitalización a Domicilio.



#### ➤ **IV. Estrategia de atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos**

- IV.1. Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.
- IV.2. Extensión de la estrategia de autocuidados en pacientes con procesos crónicos.
- IV.3. Coordinación con Hospitalización a Domicilio.
- IV.4. Extensión Programa de Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario.

##### **Líneas de Acción relacionadas descritas en otras Estrategias**

- VI.1. *Extensión del modelo de atención integrada socio-sanitaria.*
- VI.2. *Atención sanitaria a centros residenciales.*

#### ➤ **V. Calidad, Idoneidad y Seguridad del paciente**

- V.1. Calidad técnica basada en la evidencia.
- V.2. Accesibilidad y orientación a la demanda.
- V.3. Creación de la Comisión de Seguridad del Paciente en APyC.
- V.4. Prevención de eventos adversos.
- V.5. Sistema de notificación de incidentes y eventos de APyC (SINASP).
- V.6. Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso.

#### ➤ **VI. Atención Sociosanitaria y Mejora de la Capacidad Funcional**

- VI.1. Extensión del modelo de atención integrada socio-sanitaria.
- VI.2. Atención sanitaria a centros residenciales.
- VI.3. Plan de mejora de la capacidad funcional y rehabilitación domiciliaria.
- VI.4. Programa de prevención de fragilidad y caídas.

#### ➤ **VII. Atención en el domicilio**

- VII.1. Elaboración del programa de atención en domicilio.

##### **Líneas de Acción relacionadas descritas en otras Estrategias**

- VI.1. *Extensión del modelo de atención integrada socio-sanitaria.*
- X.2. *Adecuación de plantillas y políticas de personal.*
- XI.3. *Portabilidad de la historia clínica.*

#### ➤ **VIII. Urgencias y atención continuada**

- VIII.1. Atención a la emergencia, urgencia y atención continuada en el medio rural, reordenación de la atención urgente. Creación de los Servicios de Urgencias Comarcales (SUC).
- VIII.2. Reordenación de la atención urgente en el Área de Pamplona.
- VIII.3. Otras mejoras en la atención a la urgencia extrahospitalaria.
- VIII.4. Enfermería de coordinación-consejo.

##### **Líneas de Acción relacionadas descritas en otras Estrategias**

- XI.3. *Portabilidad de la historia clínica para dispositivos móviles.*
- XII.1. *Plan de formación continuada.*

## ➤ IX. Atención Integral a la Infancia

- IX.1. Plan integral de apoyo a la familia, la infancia y adolescencia.
- IX.2. Plan de Salud infantojuvenil.
- IX.3. Garantizar el derecho prestación del Programa de Atención Dental Infantil (PADI).

### Líneas de Acción relacionadas descritas en otras Estrategias

- II.1. Integración de la salud en todas las acciones.
- II.6. Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual.
- IV.1. Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.
- IV.2. Extensión de la estrategia de autocuidados en procesos crónicos.
- VI.1. Extensión del modelo de atención integrada socio-sanitaria.

## ➤ X. Modelo Organizativo, Autonomía y de Profesionales

- X.1. Pactos de Gestión alineados con el marco estratégico del Departamento y SNS-0.
- X.2. Adecuación de plantillas y política de personal.

## ➤ XI. Modelo tecnológico y de sistemas de información

- XI.1. Extensión de la banda ancha a todas las Zonas Básicas.
- XI.2. Historia Clínica integrada y de alto valor añadido.
- XI.3. Portabilidad de la historia clínica.
- XI.4. Digitalización de historias clínicas.
- XI.5. Sistemas de Información y evaluación de ayuda al clínico.
- XI.6. Tecnologías de comunicación en reuniones y actividades formativas.

## ➤ XII. Modelo de innovación, desarrollo profesional y de investigación

- XII.1. Plan de formación continuada.
- XII.2. Plan de formación pregrado y postgrado de medicina, enfermería y trabajo social.
- XII.3. Creación de un portal de conocimiento de APyC.
- XII.4. Favorecer y estimular la presencia de profesionales de APyC en grupos de trabajo y comités técnicos.
- XII.5. Creación del Comité de Ética Asistencial.
- XII.6. Incentivación de la investigación e innovación en APyC.

## ➤ XIII. Humanización de la atención

- XIII.1. Cultura de la humanización.
- XIII.2. Calidez del trato.
- XIII.3. Información y comunicación.
- XIII.4. Adecuación del entorno.
- XIII.5. Directrices para la gestión.
- XIII.6. Cuidado de los profesionales.

### Líneas de Acción relacionadas descritas en otras Estrategias

- II.7. Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.
- V.5. Gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un efecto adverso.
- IX.2. Plan de salud infantojuvenil.

## XIV. Modelo territorial

- XIV.1. Plan de ordenación de servicios de ámbito comarcal de distrito.
- XIV.2. Adecuación y reordenación de los consultorios periféricos.

### Líneas de Acción relacionadas descritas en otras Estrategias

- I.1. Redefinición del Rol y Atribuciones de APyC.
- II.1. Integración de la salud en todas las acciones.
- II.2. Actualizar composición, funciones y atribuciones de los consejos de salud, orientarlos como órganos de participación y coordinación en el ámbito socio-sanitario.
- II.3. Trabajar conjuntamente con ayuntamientos y asociaciones locales en la promoción de participación social y de ocio, contando con los recursos y actividades existentes.
- II.4. Acuerdo de colaboración con las oficinas de farmacia.
- II.5. Utilización de nuevas tecnologías para mejorar la participación ciudadana.
- II.6. Participación activa en las acciones de promoción y prevención a nivel poblacional e individual.
- II.7. Promoción y difusión de las escuelas de pacientes, paciente/persona experta.
- III.3. Potenciar la coordinación de la atención al paciente entre APyC y Hospitalaria.
- III.6. Accesibilidad y mejora de la visualización radiológica.
- III.8. Extensión territorial de la realización de la retinografía.
- IV.1. Extensión y afianzamiento de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.
- IV.2. Extensión de la estrategia de autocuidados en pacientes con procesos crónicos.
- IV.3. Coordinación con Hospitalización a Domicilio.
- VI.1. Extensión del modelo de atención integrada socio-sanitaria.
- VI.2. Atención sanitaria a Centros Residenciales.
- VI.3. Plan de mejora de la capacidad funcional y rehabilitación domiciliaria.
- VI.4. Programa de Prevención de fragilidad y caídas.
- VII.1. Elaboración del programa de atención en domicilio.
  - Promoción de cambios en la organización que favorezcan el desarrollo de la atención domiciliaria: tiempos adecuados en las agendas de los profesionales, incremento del profesional de enfermería.
  - Acceso a la H.C. en el domicilio del paciente.
  - Coordinación con otros profesionales y recursos.
- VIII.1. Atención a la emergencia, urgencia y atención continuada en el medio rural. Reordenación de la atención urgente. Creación de los Servicios de Urgencias Comarcales (SUC).
- IX.1. Plan integral de apoyo a la familia, la infancia y adolescencia.
- XI.1. Extensión de la banda ancha a todas las Zonas Básicas.

# I. ROL Y ATRIBUCIONES DE APyC

## ➤ I.1. REDEFINICIÓN DEL ROL Y ATRIBUCIONES DE APyC



## I.1. REDEFINICIÓN DEL ROL Y ATRIBUCIONES DE APyC

### DESCRIPCIÓN

La APyC es la responsable última de la gestión, en términos de garantía de la longitudinalidad y continuidad de la asistencia, de la atención prestada a la ciudadanía, tanto desde una perspectiva individual como colectiva. Debe ser accesible a todos los individuos y familias, garantizando la mayor equidad posible en salud.

La APyC debe fomentar el empoderamiento de la ciudadanía en su salud, promoviendo la capacitación de las personas, para que tomen las mejores decisiones posibles para su autocuidado. Alentando la corresponsabilidad de las personas en su salud y enfermedad.

Debe garantizar la mejor atención basada en la evidencia científica y con la mejor garantía de calidad y seguridad, priorizando, en la medida de lo posible, el interés de las personas y favoreciendo la atención de la persona en su propio entorno o lo más cercano a él. Para ello, deberá ser flexible y adaptarse a los cambios (demográficos, sociales, etc.), reconsiderando la composición y funciones del equipo así como la redefinición de los perfiles competenciales.

Establecer los roles y atribuciones de los distintos profesionales que componen la APyC, favoreciendo una APyC en la que cada profesional conozca sus competencias y asuma sus responsabilidades, a la que vez que favorece un clima laboral adecuado donde pueda desarrollarlas.

Potenciar la coordinación con los distintos niveles o ámbitos de salud, así como la integración funcional de los recursos no solo sanitarios y sociales sino también los propios de la comunidad para garantizar unos resultados y objetivos de mejora de la atención de salud en este ámbito.

### CONTENIDOS

#### 1. Rol de APyC:

- Gestor del paciente en otros niveles asistenciales.
- Garante de la atención continuada.
- Enfoque integral del paciente, entendido desde una perspectiva biológica, psicológica y social, dentro de la familia y comunidad.
- Promoción y participación en las actividades comunitarias.
- Educación en hábitos saludables y en técnicas de autocontrol para fomentar el autocuidado y la autonomía del paciente y familia.

#### 2. Definición de nuevos roles y atribuciones profesionales:

- Medicina de Familia  
Profesional para el que la persona es un todo, sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social integrado en un entorno familiar y social determinado. Su objetivo es elevar el nivel de salud de las personas sanas, curar a las enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad cuando no es posible recuperar la salud.
- Pediatría  
El rol fundamental de pediatra en APyC es prestar una atención integral al niño y adolescente, enfocada a la promoción la salud y prevención de la enfermedad, consiguiendo el mayor grado de bienestar posible de todos los niños que pertenecen a la comunidad, mediante la supervisión sistemática

del crecimiento, desarrollo, maduración del niño y adolescente. Prestando especial atención a la curación, rehabilitación, seguimiento de la enfermedad crónica y cuidados necesarios en cada momento.

- Enfermería

La enfermera además de aplicar de forma integral un conjunto de cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el proceso de salud- enfermedad, debe contribuir a que adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado en el marco de una atención primaria integral y comunitaria que incluye la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de la enfermedad.

- Trabajo Social

Su actividad profesional tiene como objeto el análisis de factores psicosociales y determinantes sociales que inciden en el proceso de salud/enfermedad de las personas. Centrada en la atención integral de las personas, de sus familias y en el contexto del espacio comunitario en el que viven. Aporta el diagnóstico social y el tratamiento de situaciones de malestar que inciden en la aparición/agudización de trastornos y procesos patológicos que deben tenerse en cuenta en el contexto general de la intervención sanitaria dentro del Equipo de Atención Primaria.

- Personal administrativo sanitario

El rol principal del personal administrativo es recepcionar la demanda de las necesidades de las personas. Se encargará de clasificar y priorizar la demanda según los protocolos establecidos para ello derivándola al profesional más idóneo. También se ocupará de resolver trámites administrativos y citaciones así como de apoyar en aspectos administrativos a los distintos profesionales que forman el equipo.

- Nuevos perfiles:

- A nivel de Comarca: Enfermería y Trabajo Social de coordinación sociosanitaria, TER, técnico de gestión sanitaria, técnico de salud pública, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales.
- A nivel de Servicio de Urgencias Extrahospitalarias: enfermera de coordinación, enfermera consejo sanitario, TES.

## RESPONSABLE

Departamento de Salud. Gerencia de Atención Primaria.

## INDICADORES

- Porcentaje del presupuesto global de personal del Sistema Sanitario que se destina a Atención Primaria.
- Normativa desarrollada.
- Satisfacción global de los pacientes con la APyC > 8,5.
- Frecuentación por estamento profesional.
- Porcentaje de episodios agudos creados por enfermera respecto al total de episodios agudos predefinidos.

- Porcentaje de urgencias en centro en las que interviene la enfermera
- Porcentaje de incremento del número de pacientes atendidos por Trabajo Social

## II. PARTICIPACIÓN E INTERVENCIÓN COMUNITARIA. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ

- II.1. INTEGRACIÓN DE LA SALUD EN TODAS LAS ACCIONES. PROMOCIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES
- II.2. ACTUALIZAR COMPOSICIÓN, FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DE LOS CONSEJOS DE SALUD, ORIENTARLOS COMO ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN Y COORDINACIÓN EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO
- II.3. TRABAJAR CONJUNTAMENTE CON AYUNTAMIENTOS Y ASOCIACIONES LOCALES EN LA PROMOCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y DE OCIO, CONTANDO CON LOS RECURSOS Y ACTIVIDADES EXISTENTES
- II.4. ACUERDO DE COLABORACIÓN CON LAS OFICINAS DE FARMACIA
- II.5. UTILIZACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA
- II.6. PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A NIVEL POBLACIONAL E INDIVIDUAL
- II.7. PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LAS ESCUELAS DE PACIENTES, PACIENTE/PERSONA EXPERTA

### LÍNEAS DE ACCIÓN RELACIONADAS DESCRITAS EN OTRAS ESTRATEGIAS

- III.2. ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS. AUTOCUIDADOS
- IV.2. EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA DE AUTOCUIDADOS EN PROCESOS CRÓNICOS





## II.1. INTEGRACIÓN DE LA SALUD EN TODAS LAS ACCIONES. PROMOCIÓN DE ENTORNOS SALUDABLES

### DESCRIPCIÓN

Según la definición de la OMS la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, así pues podemos justificar la necesidad de integrar la salud en la mayor parte de las acciones acometidas por un sistema sanitario y en última instancia por un Gobierno.

Las estrategias de la OMS y de numerosos organismos internacionales avalan la incorporación de las líneas básicas de promoción de la salud como forma de garantizar la sostenibilidad del sistema y la calidad de vida de las personas con estrategias que incluyen la reorientación de los servicios, incorporando enfoques de promoción de salud, la acción social, el impulso de la educación para la salud y el refuerzo de la acción comunitaria junto con la mejora de los entornos.

### CONTENIDOS

1. Estudio y priorización de proyectos de salud comunitaria sencillos de ejecutar a nivel local:
  - Estrategias de prevención y promoción de la salud.
  - Acciones específicas dirigidas a las poblaciones concretas.
2. Integración de acciones de los EAP con instituciones y asociaciones locales para impulsar los planes de salud comunitaria priorizados.
3. Campañas de promoción de la salud para centros concretos: educativos, deportivos, bibliotecas, residencias de ancianos, etc.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria. ISPLN.

### INDICADORES

- Desarrollo de “comunidades activas” promotoras de estilos de vida saludables en las Zonas Básicas de salud (ZBS).
- Incrementar el número de “residencias de mayores activas”.



## II.2. ACTUALIZAR COMPOSICIÓN, FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DE LOS CONSEJOS DE SALUD, ORIENTARLOS COMO ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN Y COORDINACIÓN EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

### DESCRIPCIÓN

Los Consejos de Salud constituyen los foros de participación comunitaria de las ZBS. En ellos se dan encuentro profesionales, administraciones locales y de salud, y entidades ciudadanas. Su función debe ser la de integrar todos los recursos existentes a este nivel y que tienen que ver con el mantenimiento y mejora de la salud de la comunidad, establecer objetivos y evaluar la consecución de los mismos.

Los Consejos de Salud de zona se rigen por el Decreto Foral 148/1986, de 30 de mayo, por el que se regulan las estructuras de APyC de Navarra. Es necesario favorecer la puesta en marcha de normativas específicas que permitan cambios tanto en la composición como en las funciones de dichos órganos de participación y coordinación.

### CONTENIDOS

1. Favorecer la reconstitución de los Consejos de Salud.
2. Definir actividades formativas y apoyo técnico necesario.
3. Valorar la necesidad de modificaciones normativas que favorezcan la constitución de los consejos, mediante la modificación de su composición y sus funciones que permita a estos alcanzar los objetivos.
4. Se propone la denominación de consejos sociosanitarios locales.

### RESPONSABLE

Departamento de Salud. Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Número de consejos de salud puestos en marcha.



## II.3. TRABAJAR CONJUNTAMENTE CON AYUNTAMIENTOS Y ASOCIACIONES LOCALES EN LA PROMOCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y DE OCIO, CONTANDO CON LOS RECURSOS Y ACTIVIDADES EXISTENTES

### DESCRIPCIÓN

“La salud comunitaria responde a la idea de que el bienestar, estar más sano, vivir más años y de mejor forma no depende solo de tener acceso a los servicios sanitarios sino fundamentalmente de intervenir en los determinantes de salud. Las corporaciones municipales, las escuelas o las asociaciones pueden tener mayor capacidad de actuación sobre el bienestar de la comunidad que el sistema sanitario.

Si conseguimos trabajar de forma coordinada con ayuntamientos y asociaciones conseguiremos cambios en el entorno, en el ámbito social e incluso formas diferentes de enfrentarse a la enfermedad.

En este marco es necesario reactivar todo el entramado social, a través de las diferentes políticas en el contexto de “la salud en todas las políticas”.

Para ello es importante trabajar en los diferentes escenarios con todos los actores que pueden contribuir en la creación y el mantenimiento de la red:

**El Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra** es un instrumento creado por el Departamento de Salud para generar, analizar, reunir, organizar y comunicar la información relativa a la salud pública que promueva y apoye acciones para mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud, a nivel global y local.

**El Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra** pretende ser una cadena de transmisión entre la información y la acción, y un instrumento que ayude a priorizar y manejar de manera efectiva los recursos destinados a la protección, prevención y promoción de la salud, y a actuar en la raíz de las desigualdades. Más allá de fomentar las actuaciones comunitarias de los servicios sanitarios, busca también promover la acción intersectorial, la salud en todas las políticas y los procesos de participación ciudadana.

**Agenda 21** es un Plan de Acción aprobado por Naciones Unidas en 1992 para conseguir un desarrollo sostenible en el siglo XXI. En Navarra varias localidades están comprometidas con el desarrollo sostenible desde que suscribieran la Carta de las Ciudades Europeas hacia la Sostenibilidad, más conocida como “**Carta de Aalborg**”.

**La Federación Navarra de Municipios y Concejos (FNMC)** es una asociación compuesta por las entidades locales de la Comunidad Foral que voluntariamente deciden integrarse en la misma para la protección y promoción de sus intereses comunes y en especial para la defensa de la autonomía local. Forman parte de la misma la gran mayoría de dichas entidades (más de medio millar).

**Las Asociaciones de Pacientes y Familiares** constituyen la voz de las personas enfermas ante el sistema sanitario; por ello son muchas las razones para que los pacientes, los profesionales y los gestores conozcan la inestimable labor que desarrollan. En Navarra existen aproximadamente 100 asociaciones.

### CONTENIDOS

1. Puesta en marcha del Observatorio de Salud Comunitaria.
2. Establecer convenios entre el SNS-0 y Ayuntamientos y/o mancomunidades.
3. Apoyo a las acciones de salud dentro de la Agenda 21.

4. Contactos permanentes con la Federación Navarra de Municipios y Concejos.
5. Integración de las asociaciones de pacientes en el proceso de salud.

### **RESPONSABLE**

Gerencia de Atención Primaria; Dirección de Asistencia al Paciente, ISPLN.

### **INDICADORES**

- Número de intervenciones comunitarias realizadas.



## II.4. ACUERDO DE COLABORACIÓN CON LAS OFICINAS DE FARMACIA

### DESCRIPCIÓN

Navarra cuenta con una red de 600 farmacias distribuidas por toda su geografía. El 20 de agosto de 2011 se aprobó el real decreto 9/2011 donde se incluye una línea de subvenciones que deberán financiar los gobiernos regionales para farmacias que cumplan varios requisitos: que estén ubicadas en núcleos de población aislados o socialmente deprimidos, que sus ventas totales anuales no superen los 200.000 euros, haber permanecido abiertas los últimos 11 meses y participado en programas de atención farmacéutica y en las actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos establecidas por las administraciones sanitarias.

Se apuesta por una colaboración en el seguimiento activo de la adherencia al tratamiento, detección de efectos adversos, conciliación de medicación, consejo sanitario, fomento de los autocuidados, otras actividades de promoción y prevención de la salud, y también para la gestión de incidencias en el circuito de la receta electrónica en colaboración con los Centros de Salud. Para ello se contará con el Colegio de Farmacéuticos de Navarra en la iniciativa.

### CONTENIDOS

1. Establecer un acuerdo de colaboración con el Colegio Oficial de Farmacéuticos.
2. Definir las intervenciones a realizar desde las oficinas de farmacia de forma coordinada con los Centros de Salud.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria. Subdirección de Farmacia. Colegio Oficial de Farmacéuticos.

### INDICADORES

- Porcentaje de farmacias que colaboran con el proyecto.



## II.5. UTILIZACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

### DESCRIPCIÓN

El desarrollo de la tecnología se convierte en el medio necesario para el impulso de la participación ciudadana en todas sus dimensiones: informar, consultar, involucrar, colaborar y empoderar.

Es indispensable fomentar el uso de las TIC para involucrar a la ciudadanía en una o varias etapas del proceso de toma de decisiones, así como a la Administración y a otros agentes.

Es necesario identificar necesidades, generar propuestas e ideas y proponer soluciones y nuevos productos que propicien mejoras en la comunicación y colaboración.

### CONTENIDOS

1. Desarrollo de herramientas para mejorar la participación ciudadana.
2. Portal de Gobierno abierto.
3. Carpeta personal de salud.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria. Departamento de Salud.

### INDICADORES

- Número de iniciativas puestas en marcha.



## II.6. PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A NIVEL POBLACIONAL E INDIVIDUAL

### DESCRIPCIÓN

Existe evidencia científica de alta calidad y elevado grado de recomendación que avala la pertinencia de realizar intervenciones de prevención y detección precoz a nivel individual y poblacional ante determinadas patologías y con determinados colectivos poblacionales. Hay conocimiento suficiente y capacidad y experiencia organizativa en el sistema para desarrollar programas de intervención con elevada cobertura, y por tanto con previsible gran impacto, tanto en los dirigidos a población general como en los dirigidos a subpoblaciones específicas.

La intervención en estadios previos o iniciales de un problema de salud permite limitar el consumo de recursos del sistema social y sanitario que se derivarían de la intervención en momentos posteriores de la historia natural de ese problema de salud. Las inversiones en la infancia son las que obtienen mayores tasas de retorno de la inversión en capital humano.

La APyC es el primer nivel de acceso al sistema sanitario, el más cercano al ciudadano y su participación activa incrementa la probabilidad de cobertura a la población diana tanto en los programas poblacionales como en los individuales.

### CONTENIDOS

#### 1. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud

#### 2. Patología oncológica

- Cáncer de mama. Detección precoz en mujeres residentes en Navarra de 45 a 69 años, y mujeres mayores de 35 con antecedentes familiares de cáncer de mama (actual 100%).
- Cáncer colorrectal. Detección precoz en personas residentes en Navarra entre 50 y 69 años asintomáticas.
- Cáncer de cérvix. Vacunación de mujeres de 11-12 años frente al VPH y detección precoz mediante cribado citológico.

#### 3. Metabolopatías

Cobertura poblacional al 100% de personas recién nacidas, que incluye: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, fibrosis quística, deficiencia de acil-Coenzima A deshidrogenada de cadena media, deficiencia de 3-hidroxi acil-Coenzima A deshidrogenada de cadena larga, acidemia glutárica tipo I y anemia falciforme.

#### 4. Envejecimiento activo y saludable

Población mayor de 60 años.

#### 5. Programas de infancia y juventud

Población infantil con mayor vulnerabilidad.

#### 6. Estilos de vida saludables

Población general y pacientes o grupos poblacionales con mayor riesgo o mayor beneficio potencial.

#### 7. Programa de Atención Dental Infantil (PADI)

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria. ISPLN, CHN, Áreas de Estella y Tudela.

### INDICADORES

- Vacunación de niñas 11-12 años frente a VPH.
- Porcentaje de pacientes que recibe prescripción de estilos de vida saludable.



## II.7. PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LAS ESCUELAS DE PACIENTES, PACIENTE/PERSONA EXPERTA

### DESCRIPCIÓN

La Escuela de Pacientes es un proyecto del Departamento de Salud que se encuentra enmarcado dentro de la Escuela de Salud para la ciudadanía. Nace para articular y complementar las acciones que ya se vienen realizando desde los centros sanitarios públicos y en colaboración con las asociaciones de pacientes. El proyecto se coordina desde la Sección de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

La Escuela pretende apoyar y ayudar a quienes en esta situación quieren afrontar mejor su enfermedad y cuidarse más para tener más salud y bienestar. También pretende ayudar a las personas que cuidan, a cuidar y cuidarse. Se ha creado y formado el grupo de profesionales y pacientes de la Escuela de Pacientes, con el desarrollo de una web propia.

Es una actividad exitosa, ya en marcha que se pretende extender y potenciar a nivel Comarcal con escuelas de Parentalidad, Profesores, Jóvenes, Voluntariado, Mayores, Cuidadores y Pacientes con la intención, ente otras de formar a personas expertas.

### CONTENIDOS

1. Establecer una estructura de apoyo (Escuela de Salud) de APyC a nivel comarcal para los EAP integrando:
  - La formación de profesionales.
  - La planificación de actividades.
  - Apoyo a los profesionales de los EAP.
  - Relación con las entidades locales.
2. Iniciar la experiencia en la Comarca de Tafalla.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria; ISPLN; Departamento de Salud.



## III. MEJORA DE LA RESOLUTIVIDAD

- III.1. EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA
- III.2. ATENCIÓN INICIAL A PROCESOS AGUDOS ORIENTADA AL AUTOCUIDADO
- III.3. POTENCIAR LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ENTRE APyC Y HOSPITALARIA
- III.4. POTENCIAR LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA
- III.5. INCORPORACIÓN DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA A LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN APyC
- III.6. ACCESIBILIDAD Y MEJORA DE LA VISUALIZACIÓN DE LA IMAGEN RADIOLÓGICA
- III.7. POTENCIAR LA CARTERA DE SERVICIOS DE CIRUGÍA MENOR EN TODOS LOS EAP DE NAVARRA
- III.8. EXTENSIÓN TERRITORIAL DE LA REALIZACIÓN DE LA RETINOGRAFÍA
- III.9. DOTACIÓN DE MEDIDORES PORTÁTILES DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA
- III.10. INCORPORACIÓN DE LA DERMATOSCOPIA A LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN APyC

### LÍNEAS DE ACCIÓN RELACIONADAS DESCRITAS EN OTRAS ESTRATEGIAS

- II.3. TRABAJAR CONJUNTAMENTE CON AYUNTAMIENTOS Y ASOCIACIONES LOCALES EN LA PROMOCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y DE OCIO, CONTANDO CON LOS RECURSOS Y ACTIVIDADES EXISTENTES
- IV.1. EXTENSIÓN Y AFIANZAMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO Y PLURIPATOLÓGICO
- IV.3. COORDINACIÓN CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO



## III.1. EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA

### DESCRIPCIÓN

Tradicionalmente, desde ALMA ATA, se viene considerando que la APyC debiera poder dar respuesta al 90% de las demandas de salud. Sin embargo muchos han cuestionado que esos objetivos fueran realistas y adecuados para sistemas sanitarios avanzados y en un contexto de progresiva sofisticación diagnóstica y terapéutica.

La realidad observada en Navarra es que las consultas médicas totales atendidas por APyC representan aproximadamente el 75 % del total de consultas médicas atendidas por el conjunto del Sistema y su tendencia es ligeramente descendente.

En todo caso los estudios sobre la capacidad resolutive de la Atención Primaria no son concluyentes y exigen una evaluación más detallada, que en particular ponga el acento en su variabilidad.

Se cuestiona que la tasa de derivación sea un parámetro adecuado para evaluar la capacidad resolutive de la Atención Primaria. Tan inadecuado resulta derivar procesos de muy baja complejidad como no hacerlo en determinados casos de alta complejidad que podrían haberse beneficiado de la mayor precisión diagnóstica y eficacia terapéutica que ofrece el hospital.

Es por ello que la presente Estrategia se plantea el objetivo de “contener la tasa de derivaciones totales a Atención Hospitalaria y reducir en un 10% la tasa de derivación de procesos propios de primaria y su variabilidad”.

Necesitamos concretar los procesos en los que la Atención Primaria debiera ser plenamente resolutive, tomando en consideración las competencias propias de la Especialidad de Medicina de Familia, para priorizar su gestión por procesos y definir las capacidades y medios necesarios para mejorar la capacidad de resolución y correcta atención.

Por otra parte no ha de olvidarse que la Atención Primaria constituye una parte de un Sistema Sanitario integrado y que el resultado final ha de ser mejorar la capacidad resolutive del conjunto del Sistema y hacerlo de forma ágil y accesible para la población.

En particular ha de tenerse en cuenta esta consideración con el objetivo de favorecer las “Altas a Primaria” de las consultas hospitalarias. Resulta esencial que Atención Primaria colabore de manera activa en el objetivo esencial de reducir de manera significativa el número de revisiones en consulta hospitalaria, una buena parte de las cuales se centran en procesos crónicos.

Medidas como las “Consultas no presenciales” o la “Historia Clínica Integrada”, verdaderamente centrada en el paciente, con protocolos por procesos integrados, cursos clínicos compartidos, etc. constituyen instrumentos clave para ofrecer una atención resolutive.

En definitiva al hablar de capacidad resolutive de la Atención Primaria deberemos hacer referencia a la contribución de la Atención Primaria a la capacidad resolutive del Sistema.

### CONTENIDOS

1. Clasificar los procesos según los niveles de resolución esperables en AP, en razón de su nivel de complejidad, grado de trascendencia y precisión diagnós-

tica requerida (“Uso racional de la incertidumbre”), concretando los procesos propios de APyC en los que debiéramos ser plenamente resolutivos y priorizar su gestión por procesos.

2. Analizar las tasas de derivación por tipos de proceso y su variabilidad.
3. Evaluar la efectividad de la atención en aquellos procesos para los que se han elaborado guías de actuación y la utilización de pruebas complementarias.
4. Continuar garantizando el acceso de los médicos de atención primaria de toda la comunidad a las pruebas complementarias.
5. Definir las capacidades y medios necesarios para la mejora de la capacidad de resolución y para una correcta atención de los procesos propios de AP..
6. Extender nuevas modalidades de comunicación, relación rápida entre niveles y de interconsulta no presencial con el segundo nivel.
7. Acordar criterios de seguimiento para reducir el número de revisiones de Atención Especializada y evaluar la evolución de las “Altas a Primaria” por Especialidad.
8. Desarrollar un plan específico de formación orientado a la mejora de la resolución.
9. Definir indicadores para evaluar la contribución de la Atención Primaria a la capacidad Resolutiva de SNS-0.

## RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria – Dirección de Atención Sanitaria al Paciente.

## INDICADORES

- Variabilidad y tasas de derivación totales y por procesos propios de primaria.
- Tasa de consultas no presenciales sobre el total de derivaciones por estamentos.
- N° de Altas Primaria en Consulta hospitalaria.



## III.2. ATENCIÓN INICIAL A PROCESOS AGUDOS ORIENTADA AL AUTOCUIDADO

### DESCRIPCIÓN

La educación en autocuidados constituye en la actualidad una estrategia fundamental en la ayuda al paciente para tomar las riendas de su enfermedad. Está recomendada por la OMS y constituye un eje del pilotaje del Modelo asistencial de APyC en Navarra.

Los autocuidados incluyen todas las actuaciones que una persona pone voluntariamente en marcha para manejar su enfermedad, prevenir y actuar para mejorar o restablecer su salud.

### CONTENIDOS

1. Atención en consulta de enfermería a pacientes entre 7 a 70 años que consultan por presentar síntomas menores, procesos autolimitados o enfermedades agudas que tienden a la resolución espontánea, aplicando un modelo de autocuidado. Aplicando el mismo modelo en EAP/SUE/SUR.
  - Valoración clínica descartando la presencia de signos y síntomas de alarma.
  - Valoración del conocimiento del paciente y de su capacidad de afrontamiento en este tipo de procesos: capacitación para asumir cuidados básicos en el manejo de su enfermedad, reconociendo los signos y síntomas de alarma que ha de vigilar, que conoce lo que debe hacer en caso de empeoramiento y que sabe cuándo solicitar ayuda profesional en futuros episodios.
  - Entrega de información escrita acerca del proceso.
  - Información a la población: campañas en medios de comunicación y redes sociales.
  - Facultar a enfermería para prescribir determinados fármacos incluidos en el botiquín casero.
  - Propuesta de recomendación de reposo domiciliario de menos de 3 días por parte de enfermería.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Porcentaje de episodios agudos predefinidos creados por enfermería sobre el total de episodios agudos predefinidos creados en población infantil y adulta.



### III.3. POTENCIAR LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA

#### DESCRIPCIÓN

La continuidad de la atención añade valor a las actuaciones de los profesionales. Los grupos de integración asistencial valoran acciones de coordinación entre profesionales y mejoras en la asistencia sanitaria desde diferentes perspectivas con la participación de profesionales de APyC, Especializada y técnicos con el objeto de favorecer la continuidad asistencial, proporcionar los mejores cuidados y la experiencia del paciente, mejorar los resultados en salud y hacerlo de una manera eficiente.

#### CONTENIDOS

1. Incremento de la capacidad resolutoria de AP; reducción de derivaciones innecesarias a AE desde AP.
2. Establecer criterios de adecuación en la solicitud de pruebas complementarias.
3. Potenciar el desarrollo de competencias avanzadas en enfermería.
4. Gestión de procesos con coordinación entre profesionales, adecuación de criterios de derivación, gestión de altas con pautas de seguimiento en AP, criterios de derivación preferente.
5. Definir procesos que requieran alta resolución o garantías por proceso, procesos que puedan resolverse por Interconsulta No Presencial (INP) o por Consulta No Presencial (CNP).
6. Establecer recomendaciones conjuntas de "no hacer" y criterios de uso racional de medicamentos que mejoren la seguridad de pacientes.
7. Eliminar circuitos de derivación innecesarios.
8. Proponer adaptaciones y mejoras en sistemas de información, evaluación de resultados mediante la definición de indicadores y formación de profesionales, pacientes y cuidadores.
9. Analizar los datos de derivaciones en APyC por zona básica de salud y motivo de derivación e informar a los profesionales.

#### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria, Dirección de Atención Sanitaria, Complejo Hospitalario de Navarra, Área de Estella y Área de Tudela.

#### INDICADORES

- Tasa de primeras consultas presenciales.



## III.4. POTENCIAR LA INTERCONSULTA NO PRESENCIAL DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

### DESCRIPCIÓN

El sistema de Interconsulta no presencial (INP), implantado desde 2005 entre profesionales de APyC y médicos especialistas, evita el 72% de derivaciones de pacientes adultos al especialista y el 42% en el caso de menores. El programa consiste básicamente en un método contacto directo entre el profesional de APyC y el especialista acerca de los procesos de los pacientes y estableciendo una toma de decisiones sin desplazarlo, a través de la historia clínica informatizada y mediante el correo electrónico.

Un paso adelante en este sistema consiste en la incorporación al programa de la posibilidad de adjuntar imágenes (actualmente ya en 15 Zonas) y de establecer una videoconferencia con el médico especialista desde allí donde se encuentre el MAP.

### CONTENIDOS

1. Impulsar la INP en todas las especialidades y en todas las Áreas.
2. Adecuar los criterios e indicaciones de solicitud de INP y tratar de homogeneizar procedimientos entre las distintas especialidades para favorecer la labor de los médicos de AP.
3. Estudiar la implantación INP entre enfermería e INP de AE a AP.
4. Implantación en todas las Zonas Básicas del volante con posibilidad de adjuntar imagen.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria, Servicio de Atención Sanitaria, Complejo Hospitalario de Navarra, Área de Tudela, Área de Estella y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria.

### INDICADORES

- Porcentaje de interconsultas no presenciales sobre el total de derivaciones por estamentos.



## III.5. INCORPORACIÓN DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA A LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN APyC

### DESCRIPCIÓN

El uso de la ecografía, tradicionalmente, se ha reservado en España a los radiólogos y otros especialistas como urólogos, ginecólogos, cirujanos o cardiólogos. En otros países, su uso está relativamente extendido entre los Médicos de Familia. De hecho, existen equipos polivalentes muy útiles y, aunque precisa de un adiestramiento más o menos importante existen estudios que demuestran la obtención de una fiabilidad diagnóstica superior a un 90%.

La ecografía clínica, por su inocuidad, junto con su gran polivalencia, y la agilidad que sin duda generará en el sistema hacen pensar que en un futuro no muy lejano será una herramienta de uso habitual para el médico de familia y pediatra.

### CONTENIDOS

1. Plan de formación de médicos de familia y pediatras en ecografía que garantice su capacitación antes de la implantación de la técnica.
2. Dotación de ecógrafos con plan de extensión (57 ecógrafos) en 4 años: 8 en 2016, 26 en 2017, 11 en 2018 y 12 en 2019.
3. Control del programa mediante indicadores de médicos formados y repercusión en la solicitud de ecografías a radiología.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Porcentaje de ZBS con ecógrafo y profesionales formados.
- Tasas de ecografía clínicas por 1.000 habitantes.



## III.6. ACCESIBILIDAD Y MEJORA DE LA VISUALIZACIÓN DE LA IMAGEN RADIOLÓGICA

### DESCRIPCIÓN

La actual capacidad de resolución de las pantallas y de Citrix, tecnología que actualmente encontramos en los centros de salud y consultorios, conlleva dificultades de interpretación radiológica directamente por los profesionales de APyC especialmente en lo referente a posibles fracturas. Para establecer un correcto diagnóstico se precisa de pantallas de alta resolución además de ser imprescindibles anchos de banda con cobertura y velocidad suficientes que permitan el acceso, sin detrimento de otras acciones en la red, a las imágenes radiológicas.

Por otro lado la disponibilidad de equipamiento de radiología simple es una recomendación de la OMS para poblaciones superiores 10.000 habitantes. Se considera que ningún paciente debería recorrer más de 50 km para la realización de una radiografía, fundamentalmente ósea y de tórax, que suponen un 90% de todas las exploraciones radiológicas en APyC.

En la actualidad la posibilidad de la realización de una radiografía simple de tórax o músculo-esquelética en esas isócronas a Pamplona y Comarca (Conde Oliveto, San Martín y CCI), Tafalla, Estella y Tudela. Estas últimas localidades con el servicio ubicado en los respectivos hospitales. De esta forma la zona norte, la Sakana, la zona de la Ribera de Tierra Estella, Sangüesa y los Valles Pirenaicos se encuentran a considerable distancia hasta el punto de radiología más cercano dentro de la geografía navarra. Por otra parte, fuera de Pamplona, Estella y Tudela no existe la posibilidad de la realización de radiología en horario de atención continuada, Tafalla, actualmente, deja de prestar el servicio a las 15,30 h.

### CONTENIDOS

1. Mejora técnica informática pasando de Citrix 16 bits a Citrix 36 bits, para mejora de la resolución de la imagen radiológica.
2. Dotación de pantallas de alta resolución en todos los centros de salud, consultorios grandes y de presencia continuada.
3. Dotación de equipamiento de radiología simple en cuatro zonas básicas de referencia geográfica (Alsasua, Santesteban, Sangüesa y San Adrian) con personal técnico (TER) los 365 días del año de 10 a 17,20 h.
4. Ampliación de horario en Tafalla situándolo de 8 a 20 h los 365 días del año.
5. Plan de formación de profesionales de medicina de zonas rurales en radiología simple para que tengan la opción de realizar sus propios informes.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria y Gerencia del Complejo Hospitalario de Navarra.

### INDICADORES

- Porcentaje de radiologías simples musculo-esqueléticas solicitadas sin informe.





## III.7. POTENCIAR LA CARTERA DE SERVICIOS DE CIRUGÍA MENOR EN TODOS LOS EAP DE NAVARRA

### DESCRIPCIÓN

La realización de técnicas de cirugía menor constituye una prestación de gran valor en APyC puesto que con un equipamiento y técnicas sencillas se aumenta la capacidad de resolución de múltiples problemas y se pueden reducir los desplazamientos de los pacientes, amén de que se reduce la remisión a niveles especializados (dermatología, cirugía) de pacientes que se benefician poco de dicho nivel de atención.

La prestación de cirugía menor se encuentra recogida en los pactos de Gestión para los EAP de Navarra desde hace años. No obstante su implantación es irregular tanto por EAP como entre los profesionales. Se dispone de un protocolo en Atenea para el registro de la actividad y adjunto al mismo el formulario de consentimiento informado y el de remisión de muestras a Anatomía Patológica.

### CONTENIDOS

1. Homogeneizar la cartera de servicios de cirugía menor y organizar la prestación de este servicio en todos los EAP.
2. Plan de formación en técnicas de cirugía menor en el marco tanto teórico como práctico que garantice la capacitación de los MAP en estas técnicas..
3. Revisión y actualización del equipamiento existente en los diferentes centros de salud y consultorios.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Tasa de actividad de cirugía menor en APyC por 1000 habitantes en población infantil y adulta.



## III.8. EXTENSIÓN TERRITORIAL DE LA REALIZACIÓN DE LA RETINOGRAFÍA

### DESCRIPCIÓN

La retinopatía diabética es la principal causa de ceguera. El buen control glucémico y tensional se relaciona directamente con la reducción de su incidencia. La realización de tratamiento con láser de las lesiones de forma precoz reduce la incidencia de pérdida visual. Se estima, a nivel internacional que hasta el 25% de las personas con DM2 pueden padecer retinopatía y un 10% son desconocidos.

La retinografía se ha revelado como un excelente sistema de screening de retinopatía diabética (RNM). Se recomienda realizar una retinografía cada 3 años, aunque el periodo puede ser inferior en caso de mal control metabólico y tensional.

### CONTENIDOS

1. Hacer más accesible la exploración y aproximar al documento de consenso de recomendaciones de un retinógrafo por cada 100.000 habitantes (ampliables en caso de dispersión).
  - Se ubicarán 3 retinógrafos: Estella, Sangüesa y Alsasua. Posteriormente también se ubicarán en San Adrián y en Santesteban.
  - Se estimará la necesidad de ampliación de horarios del actual retinógrafo ubicado en el Centro San Martín y nuevas necesidades en función de su uso.
2. Formación de más profesionales de APyC para la lectura e interpretación de la imagen de la RNM.
3. Modificación del circuito, realizando tras el diagnóstico el cribado a través de RNM en vez de derivación a la consulta de oftalmología, disminuyendo así el número de primeras consultas a oftalmología.
4. Realizar una captación activa de los pacientes que no hayan realizado esta exploración en los 3 últimos años.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con diabetes tipo 2 a los que se les ha realizado RNM en los tres últimos años.



## III.9. DOTACIÓN DE MEDIDORES PORTÁTILES DE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA

### DESCRIPCIÓN

Se estima que en Navarra hay 36.000 pacientes con diabetes diagnosticada.

Los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) se correlacionan directamente con la aparición de complicaciones de la diabetes, especialmente las microvasculares. Para monitorizar el control metabólico constituye una determinación esencial.

Habitualmente la muestra se obtiene por venopunción y con frecuencia se acompaña la determinación de otros parámetros analíticos aprovechando la misma, lo que muchas veces no es necesario.

Desde hace años se dispone de analizadores en sangre capilar que aportan las siguientes ventajas: no precisa de venopunción, el resultado es inmediato, permite tomar decisiones en la misma consulta.

El examen de HbA1c le sirve al MAP para determinar cómo ha sido el control glucémico de una persona con diabetes en los últimos dos o tres meses. Actualmente existen en el mercado medidores de HbA1c que funcionan de forma similar a los medidores de glucemia capilar. Se trata de un dispositivo que mide en cinco minutos el porcentaje de la HbA1c utilizando sólo una gota de sangre del dedo sustituyendo de esta manera el análisis a partir de un tubo de sangre. La principal ventaja que ofrece este dispositivo es el evitar algunas de las extracciones de sangre que periódicamente deben realizarse para el control de la diabetes. En el caso de los niños tales extracciones a veces no se toleran bien, por tanto, si con este medidor pueden reducirse, mucho mejor para ellos.

### CONTENIDOS

1. Pilotaje en dos zonas básicas de salud de la nueva técnica:
  - Se recomienda que un paciente bien controlado debería controlarse dos veces al año. En caso de mal control se recomienda una determinación cada dos o tres meses.
  - Adaptación de nuestro sistema a esta nueva tecnología.
  - Selección del perfil de pacientes capaces de asumir su autocontrol.
2. Extensión al resto de zonas básicas de salud.
3. Protocolo de implantación y perfil de pacientes bien definido.
4. Evaluación.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Número de determinaciones de hemoglobina realizadas con medidor portátil/realizadas en sangre venosa.
- Prevalencia de pacientes con diabetes y dos determinaciones de HbA1c al año.



## III.10. INCORPORACIÓN DE LA DERMATOSCOPIA A LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN APyC

### DESCRIPCIÓN

El examen clínico de las lesiones cutáneas permite discriminar un gran porcentaje de lesiones benignas y malignas. No obstante, hay una parte de lesiones en las que la clínica es insuficiente y no proporciona la seguridad diagnóstica necesaria para tomar decisiones. El examen dermatoscópico puede reducir el área de incertidumbre en estas situaciones, además puede representar un paso intermedio entre la imagen clínica macroscópica y la histológica microscópica.

La dermatoscopia es una herramienta que se generalizado entre los dermatólogos como ayuda al diagnóstico de las lesiones pigmentadas. Es una técnica diagnóstica no invasiva que permite visualizar en profundidad lesiones de la piel a través de una lente de mano o dermatoscopio. Es una técnica fiable y relativamente fácil de aplicar después de un período de aprendizaje y entrenamiento adecuados. Es una técnica que se viene demostrando cada vez más útil en Atención primaria, pues –a pesar de tener una cierta dificultad en su aprendizaje- mejora el cribado de lesiones pigmentadas malignas o de alto riesgo (melanoma maligno, nevus melanocíticos atípicos, incluso carcinomas pigmentados).

Por tanto, la dermatoscopia es una herramienta que mejora la capacidad resolutive de los médicos de APyC en referencia a la atención de las patologías dermatológicas ya que permite mejorar la capacidad diagnóstica global de los tumores cutáneos, tan frecuentes en la práctica diaria.

### CONTENIDOS

1. Plan de formación de Médicos de Familia y pediatras en dermatoscopia que garantice la capacitación de los MAP en esta técnica diagnóstica.
2. Dotación de dermatoscopios en las zonas básicas. En la actualidad se ha dotado de 35 dermatoscopios repartidos en 26 zonas básicas.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Porcentaje de ZBS con dermatoscopio.
- Variación de la tasa de interconsultas a Dermatología.

## IV. ESTRATEGIA DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS

- IV.1. EXTENSIÓN Y AFIANZAMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO Y PLURIPATOLÓGICO
- IV.2. EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA DE AUTOCUIDADOS EN PACIENTES CON PROCESOS CRÓNICOS
- IV.3. COORDINACIÓN CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO
- IV.4. EXTENSIÓN PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN AL ALTA DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

### LÍNEAS DE ACCIÓN RELACIONADAS DESCRITAS EN OTRAS ESTRATEGIAS

- VI.1. EXTENSIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA SOCIO-SANITARIA
- VI.2. ATENCIÓN SANITARIA A CENTROS RESIDENCIALES



## IV.1. EXTENSIÓN Y AFIANZAMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO Y PLURIPATOLÓGICO

### DESCRIPCIÓN

En Julio del 2013 se aprueba la **Estrategia Navarra de Atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos** y en septiembre de 2014 se aprueba el Plan de Salud Navarra 2014-2020, cuyo eje vertebrador es la estrategia de crónicos. En octubre de 2014 se inicia el pilotaje de la estrategia de crónicos en 5 Zonas Básicas de Salud de las tres Áreas de Salud. Posteriormente se desplegó la estrategia al resto de las ZBS de Navarra finalizando la extensión en marzo de 2017 en el perfil de paciente pluripatológico, y en junio de 2017 en los perfiles de demencia, insuficiencia cardiaca, diabetes y fibromialgia. En marzo de 2018 se ha incluido en toda Navarra el perfil de EPOC.

Actualmente nos hallamos en una situación de afianzamiento de la estrategia para consolidar el cambio de modelo.

También se están desplegando otros perfiles en los que la atención hospitalaria es el eje de la estrategia: esquizofrenia (ya presentado en los equipos de AP), ELA, EM. Se va a extender también a la población pediátrica.

### CONTENIDOS

De la situación actual del plan cabe destacar que:

- Es la nueva forma de trabajo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Se ha establecido un protocolo de actuación integrado e informatizado de Atención al paciente crónico y pluripatológico por niveles de severidad.
- Se realiza una valoración integral socio-sanitaria en todos los pacientes severos de los distintos perfiles.
- Se han potenciado las alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización en particular la Hospitalización Domiciliaria.
- En relación a la continuidad de cuidados, existe un seguimiento a las 24 h del alta, garantizado en los pacientes más severos.
- Dentro del proceso participativo de la estrategia de APyC se ha propuesto y posteriormente aceptado que:
  - La capacidad de decisión de que pacientes se pueden beneficiar de esta estrategia quede en manos del especialista de AP.
  - El especialista hospitalario de referencia tenga un papel de consultor, proveedor y de soporte en la atención hospitalaria.
  - Reforzar el papel de la enfermera de enlace comunitario.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria. Dirección de Asistencia Sanitaria al Paciente, Complejo Hospitalario de Navarra. Gerencias de Estella y Tudela.

## INDICADORES

- Porcentaje de pacientes de la población diana a los que se les ha realizado la valoración global.
- Porcentaje de pacientes severos o paliativos en los que se ha determinado la capacidad funcional.
- Porcentaje de pacientes severos o paliativos en los que tienen un plan de intervención integral.
- Porcentaje de pacientes con cubo rojo contactados por APyC en 24 horas tras alta hospitalaria.
- Porcentaje de pacientes con cubo rojo con pauta de descompensación registrada.
- Porcentaje de pacientes con cubo rojo con valoración integral (valoración global).
- Tasa de urgencias hospitalarias trimestral población diana por 1.000.



## IV.2. EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA DE AUTOCUIDADOS EN PACIENTES CON PROCESOS CRÓNICOS

### DESCRIPCIÓN

Las enfermeras de APyC de Navarra se llevan formando en metodología educativa en autocuidados dirigida a las personas con enfermedades crónicas desde la implantación del Plan de Mejora en el año 2008. Son las profesionales responsables de la capacitación en autocuidados de los pacientes crónicos, de acuerdo a la Estrategia Navarra de Autocuidados en Procesos Crónicos y al Modelo de Autocuidado de la Estrategia Navarra de Atención Integrada al Paciente Crónico y Pluripatológicos. La estrategia plantea un programa educativo estructurado, multicomponente e individualizado, que está ya instaurado para las personas con enfermedad vascular y asma.

### Insuficiencia cardíaca y EPOC

Tras la implantación de los perfiles de pacientes con Insuficiencia cardíaca y de pacientes con EPOC, son necesarias estrategias de formación para la capacitación en autocuidados de estos pacientes en estas enfermedades, en la que sabemos que la intervención educativa de enfermería mejora los comportamientos de autocuidado, y contribuye a reducir las hospitalizaciones y a mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida

### Autocontrol mediante telemonitorización

Se ha desarrollado en el marco de Carpeta de Salud una herramienta que permite al paciente registrar en su historia clínica (ATENEA) la automedida de determinadas variable como TA, FC, glucemias...así como recibir indicaciones en función de los resultados de dichas variables, para una mejor autonomía y autocontrol de su proceso, en comunicación con los profesionales sanitarios.

### Autocontrol del INR en pacientes anticoagulados

Por otra parte, como un paso más en la autonomía del paciente, tenemos el autocontrol domiciliario del INR en los pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K. En una revisión sistemática realizada por la revista APyC, se concluye que los coagulómetros portátiles presentan una efectividad equivalente a la de los sistemas no portátiles. Incluso se señala que aquellos pacientes que realizan autocontrol con coagulómetros portátiles presentan menores complicaciones y mejores registros analíticos.

### CONTENIDOS

En Insuficiencia cardíaca el contenido formativo es el siguiente:

1. Actualizar conocimientos sobre cuidados de enfermería a las personas con insuficiencia cardíaca.
2. Actualizar conocimientos sobre fisiopatología y tratamiento de la insuficiencia cardíaca.
3. Identificar los contenidos educativos que es necesario trabajar con las personas con insuficiencia cardíaca.
4. Mejorar habilidades para capacitar a los pacientes en la gestión eficaz de su salud.
5. Informar sobre herramientas de ayuda a la educación, autocuidado y autocontrol disponibles en historia clínica ATENEA, intranet e Internet



En EPOC se está trabajando en adaptar un contenido similar pero atendiendo a las especificidades de este proceso.

Autocontrol de paciente mediante telemonitorización: el paciente envía desde su domicilio información clínica que se integra en su historia clínica y es visualizada por los profesionales sanitarios encargados de la toma de decisiones. La población diana en este programa serán personas incluidas en el plan de autocuidados o pluripatológicos, incluidos en la estrategia de crónicos, que estén formadas en autocuidados.

En el desarrollo del autocontrol de INR en pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K:

1. Pilotaje en dos zonas básicas de salud de la nueva técnica
  - Selección del perfil de pacientes capaces de asumir su autocontrol
  - Definición del procedimiento de comunicación bidireccional paciente profesional sanitario y toma de decisiones
2. Extensión al resto de zonas básicas de salud

## RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

## INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con insuficiencia cardiaca con al menos una visita en el último año, incluidos en el programa de autocuidados en los últimos 3 años
- Porcentaje de pacientes con EPOC con al menos una visita en el último año, incluidos en el programa de autocuidados en los últimos 3 años
- Porcentaje de ZBS que incorporan pacientes en telemonitorización.
- Nº pacientes que tienen acceso a telemonitorización.
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K con autocontrol del INR



## IV.3. COORDINACIÓN CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

### DESCRIPCIÓN

La hospitalización domiciliaria (HAD) es una alternativa asistencial consistente en un modelo organizativo capaz de dispensar atenciones y cuidados de medicina y enfermería de rango hospitalario a los pacientes en su domicilio cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan algún tipo de atención compleja.

En Navarra, en el momento actual están en funcionamiento, dependientes de Complejo Hospitalario de Navarra, ocho equipos de hospitalización a domicilio con 96 camas que atienden a pacientes de la comarca de Pamplona, además de otros dos con 24 camas en el área de salud Tudela y otro con 12 camas en el área de Estella.

### CONTENIDOS

1. Extensión de esta modalidad asistencial a toda la geografía Navarra teniendo en cuenta:
  - Patologías susceptibles según la isócrona al hospital.
  - Perfiles de pacientes.
  - Modelo de comunicación Atención Primaria –Hospitalización a Domicilio.
  - Coordinación AP-HAD.

### RESPONSABLE

Dirección de Asistencia Sanitaria al Paciente, Gerencia del Complejo Hospitalario de Navarra, Gerencia del Área de Estella, Gerencia del Área de Tudela. Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Nº de primeras visitas a domicilio conjuntas en pacientes en Hospitalización a Domicilio.



## IV.4. EXTENSIÓN PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN AL ALTA DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

### DESCRIPCIÓN

El programa de "Planificación al alta desde el área de Trabajo Social Sanitario" se viene desarrollando en el área de Salud de Tudela desde el año 1997 con una valoración y satisfacción muy positiva por parte de sus intervinientes.

A nivel global es un programa que garantiza la continuidad de cuidados de los pacientes ingresados en centros hospitalarios en el momento del alta y vuelta a su domicilio mediante la coordinación entre profesionales de Trabajo Social Sanitario del ámbito hospitalario y del ámbito de APyC.

Además de otros beneficios para el paciente y su familia cumple el objetivo de no prolongar estancias hospitalarias por cuestiones no clínicas y evita reingresos hospitalarios por cuadros clínicos que empeoran por no contar con los soportes de cuidados necesarios.

### CONTENIDOS

1. Valoración social de forma pro activa en perfil de pacientes mayores de 80 años, ingresados a cargo de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) con diagnóstico de fractura de cadera (pertrocantérea, subtrocantérea, subcapital y basicervical), fractura de pelvis, y fracturas conjuntas de EESS y EEII (politraumas). Quedan fuera personas con diagnósticos relacionados cuyas intervenciones quirúrgicas se realicen de forma programada y personas residentes de forma permanente en residencias.
2. Valoración integral de las necesidades de los pacientes durante el ingreso hospitalario.
3. Priorización de intervención social en pacientes con situación de vulnerabilidad y fragilidad.
4. Orientación, información y apoyo a la familia en el establecimiento de estructuras de cuidados, organización y articulación de apoyos formales e informales.
5. Coordinación con Trabajo Social Sanitario de APyC para garantizar continuidad de cuidados en el domicilio (informe social, y/o coordinación telefónica).
6. Valoración social (primer contacto) en APyC en plazo de 10 días.

### RESPONSABLE

CHN. Gerencia de Área de Estella. Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Porcentaje de cobertura del programa.  
Numerador: Nº total de casos atendidos AH con registro en cualquiera de las cuatro fichas sociales de HCI (curso social, historia social, historia social sanitaria o tratamiento social sanitario).  
Denominador: Población diana: Personas iguales o mayores de 80 años ingresadas en el hospital a cargo de COT.  
Meta 80%.

- Porcentaje de continuidad de la intervención social.  
Numerador: N° de casos atendidos AP: Población diana + registro de protocolo de "Trabajo Social" de Atenea de los siguientes ítems: Pestaña "Motivo de Consulta" ítems: "Información", "Intervención social", "Informe social" o "visita domiciliaria".  
Denominador: N° total de casos derivados a AP: Población diana + Informe Social Sanitario de AH validado y enviado.  
Meta 90%.

## V. CALIDAD, IDONEIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

- V.1. CALIDAD TÉCNICA BASADA EN LA EVIDENCIA
- V.2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN A LA DEMANDA
- V.3. CREACIÓN DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN APyC
- V.4. PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS
- V.5. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS DE APyC (SINASP)
- V.6. GESTIÓN ADECUADA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y A LOS PROFESIONALES TRAS LA OCURRENCIA DE UN EFECTO ADVERSO



## V.1. CALIDAD TÉCNICA BASADA EN LA EVIDENCIA

### DESCRIPCIÓN

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud, y en particular el Sistema Sanitario Público de Navarra, ofrece un buen nivel general de calidad técnica, pero adolece todavía de una elevada variabilidad en la práctica clínica.

Para reducir de manera significativa la variabilidad precisamos impulsar una práctica clínica basada en la evidencia que ayude a una adecuada valoración de necesidad y a garantizar a nuestros pacientes el mejor diagnóstico y tratamiento clínico disponible.

Pero no solo necesitamos aplicar la evidencia a la incorporación de nuevas tecnologías o prestaciones. Cada día resulta más necesario aplicar dicha metodología también a las recomendaciones de “dejar de hacer” aquellas intervenciones que se han demostrado ineficaces o que resultan incluso perjudiciales para el paciente, porque tal como propugna la Asociación Médica Americana “en medicina muchas veces menos es más” (Less is more).

Se trata de “hacer bien las cosas correctas y en el momento oportuno” y de aplicar a las distintas necesidades el modelo de atención idóneo evitando contribuir a la creciente medicalización de la sociedad, sin olvidar que la calidad técnica exige considerar las distintas facetas, bio psico sociales de la salud.

El inmenso, progresivo y creciente desarrollo del conocimiento sanitario implica una enorme dificultad para el profesional que enfrenta una importante responsabilidad y es por tanto esencial que la Administración asuma un papel más activo en el desarrollo de herramientas de ayuda y gestión del conocimiento que facilite y complemente la autoformación permanente, exigible a todo profesional sanitario. En la gestión de conocimiento deberemos por tanto hacer referencia a la corresponsabilidad o responsabilidad compartida.

Por otra parte el Plan de Salud de Navarra insiste en la necesidad de orientar el Sistema al logro de resultados en salud con un enfoque poblacional. El papel que desempeña y puede desempeñar en este campo la Atención Primaria resulta crucial.

Orientar el Sistema a resultados en salud pasa por desplegar y trasladar los objetivos a los profesionales sanitarios y ello exige en primer lugar una selección y priorización adecuada. No todos los objetivos e indicadores tienen el mismo nivel de prioridad sanitaria.

Deben evitarse objetivos e indicadores que abrumen, dispersan la atención y generan desaliento, pero también deberá evitarse que los indicadores seleccionados no sean representativos e impidan evaluar el desempeño global de la atención. La construcción de indicadores sintéticos resulta por tanto esencial.

A la hora de seleccionar los objetivos e indicadores se ha de prestar especial atención a establecer objetivos poblacionales comunes a los distintos niveles del Sistema con el fin de promover un modelo colaborativo.

La formación, la gestión del conocimiento, los protocolos informatizados y otras herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas resultan cruciales.

En definitiva precisamos desarrollar un modelo que garantice un nivel más homogéneo de calidad técnica, idoneidad y seguridad de la atención.

## CONTENIDOS

1. Constitución del Comité de Calidad de Atención Primaria.
2. Selección y priorización de objetivos clave de calidad técnica y salud a desplegar a los EAP.
3. Identificación en los protocolos informatizados de los parámetros clave de calidad e incorporación de herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas (Ver Historia Clínica Integrada y de alto valor añadido).
4. Evaluación sistemática de la variabilidad de la práctica clínica en procesos prioritarios.
5. Priorización y divulgación de recomendaciones técnicas "Do, Not Do" (Ver Portal del Conocimiento).
6. Evaluación de calidad y resultados clínicos.

## RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

## INDICADORES

- Indicadores clave del Plan de Salud priorizados por el Comité de Calidad por su relevancia en APyC.
- Porcentaje de Protocolos Informatizados en los que se han identificado los parámetros clave.
- Nº de recomendaciones técnicas "Do, Not Do" divulgadas a los profesionales de APyC.
- Nº de procesos en los que se ha evaluado la variabilidad.



## V.2. ACCESIBILIDAD Y ORIENTACIÓN DE LA DEMANDA

### DESCRIPCIÓN

En Navarra en la actualidad el mayor volumen de citación a iniciativa del paciente para las consultas en los Centros de salud se produce a través de la vía telefónica. El Barómetro Sanitario nos indica que en Navarra el desarrollo de la cita a través de internet es mucho menor que en otras Comunidades Autónomas y la cita presencial del paciente tiene todavía un peso relevante. La concentración de llamadas a primera hora especialmente entre las 8 y las 10 de la mañana provoca que muchas no se puedan atender al estar todas las líneas ocupadas en dicho horario. Esta situación genera insatisfacción en la ciudadanía y deteriora la imagen de la APyC. Como derivada de esta situación, es difícil anular o cambiar una cita, con el mayor riesgo de inasistencia y la imposibilidad de asignar la cita a otra persona. Por otra parte las demandas están excesivamente orientadas a la visita médica y no ponen en valor ni hacen visible la diversidad y amplia cartera de Servicio enfermeros y de trabajador social que ofrece la Atención Primaria. Necesitamos seguir insistiendo en la necesidad de orientar el sistema a la necesidad ofreciendo a cada tipo de demanda la prioridad clínica y la oferta de servicios idónea para la necesidad a la que hace referencia.

El paciente centra en exceso sus demandas en la figura del médico, que es lo que ha aprendido a demandar, pero ello muchas veces no se corresponde con su necesidad real.

Se hace necesario por tanto garantizar la aplicación sistemática de la clasificación, priorización y orientación de la demanda por parte de los Servicios de Admisión de Atención Primaria, que allá donde se aplica se ha demostrado eficaz, tomando en consideración las nuevas atribuciones y responsabilidades del equipo multidisciplinar.

Se impone estudiar el tema y valorar las opciones tanto tecnológicas como organizativas que permitan mejorar esta situación.

### CONTENIDOS

1. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar, para estudio de la situación actual: demora, capacidad tecnológica, organizativa.
2. Generalización del procedimiento de clasificación y orientación de la demanda al profesional y modelo de atención idóneo.
3. Nueva revisión sistemática de los procesos susceptibles de desburocratización de las consultas.
4. En función del estudio de situación elaborar una propuesta de mejora.
5. Definición de nuevos indicadores que reflejen mejor la oferta de atención.
6. Puesta en marcha de las propuestas de mejora.
7. Plan de formación en gestión de agendas para personal sanitario y no sanitario.
8. Informar a la población.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.



## INDICADORES

- Porcentaje de consultas que se obtienen por internet, cita telefónica o de manera presencial.
- Porcentaje de consultas que manifiestan necesitar atención en el día que son atendidas por un profesional sanitario (personal médico o enfermero) en plazo igual o menor de 24 horas.
- Porcentaje de consultas espontáneas de cuya atención inicial corresponde a Enfermería.
- Porcentaje de consultas espontáneas de medicina de familia que se dan en plazo igual o menor de 24 horas.
- Porcentaje de consultas espontáneas de medicina de familia que se dan en plazo mayor de 4 días.



## V.3. CREACIÓN DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN APyC

### DESCRIPCIÓN

El Plan de Salud 2014-2020 de Navarra está orientado a mejorar los resultados en salud y se estructura para ello en torno a un conjunto de 16 Estrategias en Salud, una de las cuales es la Seguridad del Paciente (SP).

Se ha constituido el Comité de la Estrategia de SP en el que también está representada APyC.

En este marco, se quiere constituir la Comisión de SP de APyC, que lleve adelante el Plan de SP de este ámbito.

### CONTENIDOS

La Comisión de SP tendrá la función de promover la cultura de SP en este ámbito, impulsando la implantación y desarrollo de las acciones encaminadas al cumplimiento de las líneas estratégicas definidas en el Plan de salud:

- Prevención de la infección: lavado de manos, centralización de la esterilización de material.
- Prevención de los errores asociados a mecanismos y dispositivos sanitarios: conciliación/revisión medicación pacientes polimedicados, niveles adecuados de anticoagulación en pacientes en Tratamiento anticoagulante oral.
- Prevención de las complicaciones en relación con cuidados sanitarios: riesgo de úlceras por presión en pacientes en domicilio, riesgo de caídas en mayores.
- Sistema de notificación de incidentes (SINASP).
- Gestión adecuada para la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un evento adverso.
- Identificación inequívoca del paciente.
- PROA.
- Comunicación en la transferencia de pacientes.

Para ello se definirá la composición de la Comisión, que contará con responsables de gestión y con responsables de las líneas estratégicas definidas.

Además, se propondrá a los EAP tener un responsable de seguridad del paciente que pueda impulsar estas líneas dentro del propio EAP.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- N° reuniones de la Comisión de Seguridad del Paciente.



## V.4. PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS

### DESCRIPCIÓN

Según el estudio APEAS13 en España, la prevalencia de eventos adversos observada por el personal sanitario fue del 1,2 % de las consultas de AP, no obstante en el Barómetro Sanitario de 2018 un 6,2 % de los pacientes manifiesta haber percibido algún tipo de evento adverso en la asistencia sanitaria recibida y casi la mitad de los pacientes los han percibido como bastante relevantes.

En Atención Primaria el 47,8% de los eventos adversos estuvieron relacionados con la medicación, el 8,4% con infecciones asociadas, el 10,6% con algún procedimiento y el 6,5% con los cuidados. La mayoría de los eventos adversos (64,3%) se consideraron prevenibles y solo el 5,9% fueron graves, la mayoría relacionados con la medicación.

Entre otros objetivos la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020, la Línea Estratégica de Prácticas Clínicas Seguras hace referencia dos objetivos directamente relacionados con los principales causas de eventos adversos en AP: "Promover el uso seguro del medicamento" y "Promover prácticas seguras para prevenir las infecciones asociadas a la atención sanitaria".

Las medidas que han demostrado mayor utilidad para mejorar la seguridad de la prescripción y reducir los eventos adversos son: los programas de soporte a la toma de decisiones clínicas vinculados a la prescripción electrónica, la actualización de los profesionales en terapéutica y farmacología clínica y la conciliación periódica de la medicación, especialmente en las transiciones asistenciales.

Por lo que hace referencia a las prácticas seguras para prevenir las infecciones en APyC, se considera prioritario seguir impulsando la Higiene de Manos y la mejora de la bioseguridad del material y de las instalaciones.

En línea con lo recomendado por la OMS, Navarra participa de manera activa en el programa de higiene de manos del SNS, promovido por MISSI, con el objetivo de mejorar la adherencia a la higiene de manos, promueve la estrategia multimodal de la OMS y la formación en "5 momentos (del proceso) y evalúa anualmente la evolución de los indicadores de estructura, proceso y resultados.

Progresivamente desde el año 2005, se ha ido incorporando material de bioseguridad. En la actualidad prácticamente los instrumentos punzantes y cortantes que se suministran a los Centros de Salud y a las Residencias incorporan bioseguridad, tanto para el uso de profesionales como para la utilización exclusiva de pacientes, restando por unificar el material de bioseguridad a las ambulancias.

Por otra parte se hace necesario unificar los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización de instrumental y material sanitario, en todos los centros de salud y consultorios.

En este punto se elabora un Protocolo de limpieza y desinfección del material sanitario en AP. En cuanto a la esterilización del material se propone y se decide que se realice en la central de esterilización del CHN para lo que se estable un procedimiento único y se adquieren los materiales necesarios para su implantación.

### CONTENIDOS

1. Incorporar programas de soporte a la toma de decisiones clínicas vinculados a la prescripción electrónica. (Ver Modelo Tecnológico).

2. Constitución del grupo de bioseguridad para AP y SM, constituido en noviembre de 2016.
3. Unificación del material sanitario de bioseguridad, actualización del catálogo de pedido de almacén, para todos los centros que se abastecen desde el Almacén de AP.
4. Entrega, formación y supervisión en la correcta utilización del material de bioseguridad a los pacientes que lo precisen.
5. Elaboración y difusión de un Protocolo de Limpieza y Desinfección unificado para todas y cada una de las zonas básicas.
6. Unificar el material de bioseguridad de las ambulancias y regular su utilización obligatoria.
7. Valoración de la factibilidad y análisis del coste-beneficio de una esterilización centralizada.
8. Pilotaje en 3 zonas básicas del procedimiento de esterilización centralizada en el CHN.
9. Extensión del procedimiento.
10. Formación de los profesionales en Higiene de Manos.

## RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

## INDICADORES

- N° de sesiones realizadas en los EAPs, referidas al tema de higiene de manos.
- N° de sesiones realizadas en los EAPs, referidas a la implantación y seguimiento del Protocolo de Limpieza y Desinfección.



## V.5. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS DE APyC (SINASP)

### DESCRIPCIÓN

El SiNASP es el sistema de notificación y aprendizaje sobre la seguridad del paciente desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud.

El objetivo del SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora.

Aunque la notificación es voluntaria, se anima encarecidamente a los profesionales a utilizar el sistema, colaborando así en el aprendizaje y la mejora de la seguridad del paciente.

### CONTENIDOS

- El objetivo propuesto para APyC en Navarra es incorporar la notificación de incidentes en la cultura de los profesionales de APyC en el marco de la mejora continua de la calidad. Para ello se contempla:
- Definición de la estructura SINASP en APyC coherente con la del SNS-0.
- Constitución formal del grupo de trabajo de gestores de SINASP.
- Incorporación del indicador de tasa de notificaciones dentro del contrato-programa con el SNS-0 y del Pacto de Gestión 2017.
- Elaboración semestral de un informe de notificaciones y acciones de mejora emprendidas.
- Formación.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Tasa de notificaciones por 100.000 consultas realizadas en SINASP.



## V.6. GESTIÓN ADECUADA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y A LOS PROFESIONALES TRAS LA OCURRENCIA DE UN EFECTO ADVERSO

### DESCRIPCIÓN

En España, según los estudios sobre eventos adversos (EA) en los hospitales (ENEAS, 2005) y en la APyC (APEAS, 2007), casi el 10% de los pacientes hospitalizados se veían afectados por un EA, mientras que 6,7% de los pacientes que acuden a las consultas de APyC, experimentan más de un EA por año.

Estos EA, causan lesiones u otros tipos de daño o sufrimiento en los pacientes y también pueden afectar notablemente el trabajo, la familia y la vida personal de los profesionales de la salud involucrados en ellos. A estos se les reconoce como las segundas víctimas de los EA y han sido definidas por Susan Scott como miembros del equipo de salud que participan en un evento imprevisto, en un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente y que llegan a ser víctimas porque se ven traumatizados por dicho evento.

Cuando ocurre un evento adverso a uno o varios pacientes, lo que diferencia de forma positiva a las organizaciones es su cultura de la seguridad, el liderazgo de las direcciones, la planificación anticipada para tal evento, la asignación de prioridades ajustada a las necesidades de los pacientes y sus familias, de los profesionales y de la organización y el establecimiento de las acciones orientando, de forma integrada, los elementos de empatía, la divulgación, el apoyo, la evaluación, la resolución, el aprendizaje y la mejora.

### CONTENIDOS

1. Adaptación para APyC de Navarra de la Guía de recomendaciones para la gestión adecuada de la atención al paciente y a los profesionales tras la ocurrencia de un evento adverso.
2. Presentación a los equipos directivos de las Zonas Básicas de Salud de las recomendaciones.
3. Formación de un/a profesional por cada EAP en asistencia a segundas víctimas de eventos adversos.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Porcentaje de ZBS con profesionales sanitarios formados.

## VI. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

- VI. 1. EXTENSIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA SOCIO-SANITARIA
- VI. 2. ATENCIÓN SANITARIA A CENTROS RESIDENCIALES
- VI. 3. PLAN DE MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN DOMICILIARIA
- VI.4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE FRAGILIDAD Y CAÍDAS



## VI.1. EXTENSIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA SOCIO-SANITARIA

### DESCRIPCIÓN

El Gobierno de Navarra impulsa el espacio sociosanitario, una estrategia que aúna esfuerzos de los Departamentos de Salud y Políticas Sociales para una mejor atención a las personas desde la optimización de los recursos y herramientas existentes.

Entendemos la atención sociosanitaria como el conjunto de actuaciones o intervenciones destinadas a la atención de las personas que, por sus especiales características o por su situación de vulnerabilidad social necesiten de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía e independencia, mejorar su calidad de vida y favorecer la participación social y su bienestar personal.

El objetivo estratégico se basa en reforzar y acercar los servicios sanitarios y sociales al entorno habitual de la persona para lograr mejorar/mantener su capacidad funcional la autonomía y calidad de vida de la persona afectada y de su cuidador principal para prevenir la institucionalización y la necesidad de ingreso hospitalario, para ello es fundamental la intervención conjunta y simultánea de salud y servicios sociales orientados hacia las necesidades del paciente con visión integral y con independencia de la puerta de entrada.

El desarrollo del modelo se basa en tres principios fundamentales:

1. La atención a las necesidades específicas de cada usuario en cada momento de su proceso vital, de forma global e integrada asegurando la continuidad de los cuidados, el apoyo a su entorno y respetando la autonomía en la toma de decisiones.
2. Intervenciones dirigidas a mantener la autonomía funcional durante el mayor tiempo posible.
3. El mantenimiento de los usuarios en el entorno comunitario.

### CONTENIDOS

1. El desarrollo progresivo del **Modelo de atención integrada socio-sanitaria centrado en la persona** que incluye:
  - Puesta en marcha de **Unidades de Coordinación Sociosanitaria** de ámbito comarcal o de distrito para el impulso de la atención sociosanitaria integrada centrada en la persona.
  - Identificación y priorización de personas que precisan Atención Sociosanitaria Integrada, mediante la utilización sistemática de **Instrumentos compartidos de Detección Precoz** (Escala Básika, InterRAI-CA, etc).
  - Inclusión progresiva de personas con altas necesidades de cuidados sanitarios y sociales en el **"Programa de atención integrada socio-sanitaria"** que incluye:
    - **Diagnóstico Conjunto de Necesidades, Integral y Multidisciplinar** basado en la discapacidad física, psíquica, sensorial o social y la necesidad de cuidados sanitarios y apoyo social que presente la persona y ello con independencia del grado de dependencia formalmente reconocido.



- **Plan Integral e Individualizado de Atención (PIA) consensuado** que incluya,
  - Actividades de prevención, educación, curación, cuidados sanitarios y sociales y rehabilitación.
  - Objetivos de resultados compartidos y medibles.
  - Asignación de responsabilidades y tareas periódicas y bien definidas a los distintos profesionales sanitarios y sociales.
  - Actividades para mejorar la capacitación y apoyo a las personas cuidadoras.
- Seguimiento personalizado con **metodología de Gestión de Caso, si procede**.
- Evaluación periódica de resultados con especial atención a la mejora de capacidad funcional.
- Desarrollo progresivo de **Sistemas de Información Compartidos** (Historia Sociosanitaria).
- Formación continuada y conjunta de profesionales que garanticen un desarrollo armónico de los roles y responsabilidades profesionales asignados.
- Desarrollo conjunto del **Programa de formación y apoyo a personas cuidadoras**.
- Coordinación con los dispositivos y servicios sociales de apoyo a la atención integral sociosanitaria para personas mayores que puede incluir:
  - Servicios de Soporte Domiciliario.
  - Convalecencia Residencial rehabilitadora y estancias temporales.
  - Centros de Atención de día, incluido el transporte sociosanitario.
  - Teleasistencia.
  - Provisión de ayudas técnicas o productos de apoyo.
  - Otros servicios de Ayuda Domiciliaria (catering, lavandería, etc.).
- Coordinación con los dispositivos y servicios sociales de apoyo a la atención integral sociosanitaria para la infancia y la adolescencia que incluye:
  - Atención Temprana y rehabilitación en la escuela.
  - Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia. (EAIA).

## RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria; Dirección de Asistencia Integrada; Dirección Derechos Sociales.

## INDICADORES

- Porcentaje de personas que viven en domicilio los últimos 5 años de vida.
- Tasa estandarizada por edad de ingresos hospitalarios.
- Tasa estandarizada por edad de personas con ingreso permanente en Centros Residenciales.
- N° de personas incluidas en el Programa de Atención Sociosanitaria Integrada.
- N° de personas Detección Precoz (Escala Básika, InterRAI-CA, etc.).

- N° de personas que cuentan con un Diagnóstico Conjunto de Necesidades, Integral y Multidisciplinar.
- N° de personas que cuentan con un Plan Integral e Individualizado de Atención Sociosanitaria (PIA) consensuado.
- N° de personas cuidadoras que se han beneficiado del Programa de formación y apoyo.
- N° de personas que han hecho uso de los distintos dispositivos y servicios sociales de apoyo.



## VI.2. ATENCIÓN SANITARIA EN CENTROS RESIDENCIALES

### DESCRIPCIÓN

Navarra cuenta con varios centros geriátricos de atención residencial permanente, tanto de propiedad con gestión tanto pública como privada así como plazas concertadas en centros privados, que persiguen el desarrollo personal mediante la atención sociosanitaria interprofesional integrada en un plan general de intervención en el que conviven de manera temporal o permanente personas mayores con algún grado de dependencia.

El objetivo principal es la mejora de la coordinación entre el sistema sanitario y los centros residenciales (CR).

### CONTENIDOS

1. Formalización de acuerdos con los Centros Residenciales para garantizar a todas las personas de la Zona Básica de Salud un mismo nivel de calidad y un mismo modelo de atención adecuado a su necesidad, incluidos las personas mayores residentes en CR.
  - Establecer los sistemas y mecanismos necesarios de coordinación.
  - Priorizar la detección e intervención precoz en la fragilidad, para mejorar y mantener la capacidad funcional previniendo la dependencia y/o ralentizando su progreso.
  - Favorecer la atención normalizada en el Centro de Salud a las personas que puedan desplazarse al Centro de Salud.
  - Garantizar a cada paciente la atención programada periódica que requiera en función de su necesidad.
  - Reforzar la atención no presencial.
2. Asegurar la aplicación normalizada de la estrategia de atención al paciente crónico y la utilización de los mismos protocolos sanitarios.
3. Garantizar el acceso a la historia clínica de los profesionales sanitarios de dichos Centros.
4. Creación del servicio de farmacia sociosanitario para dar prestación farmacéutica a los pacientes de centros sociosanitarios dependientes de ANADP y otros propiedad del Gobierno de Navarra.
5. Actualizar catálogo de material sanitario de almacén y distribución de material sanitario, mediante la sistematización de peticiones y circuitos de entrega.
6. Promover la formación continuada del personal sanitario de centros residenciales para que esté en condiciones de asumir las funciones propias de la Atención Primaria durante el horario de cobertura del servicio establecido.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria, Servicio de Sistemas de Información Sanitaria, Dirección de asistencia Integrada, Subdirección de farmacia.

### INDICADORES

- Porcentaje de profesionales sanitarios de centros residenciales con acceso a HCE del SNS-0.
- Porcentaje de centros sociosanitarios con servicio de farmacia dependiente del SNS-0.



## VI.3. PLAN DE MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN DOMICILIARIA

### DESCRIPCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su “Plan de acción mundial sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad”, insta a los gobiernos a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad así como a reforzar y ampliar los servicios de rehabilitación descentralizando el modelo de atención y acercando la rehabilitación al entorno del paciente. Al mismo tiempo se recomienda hacer hincapié en las intervenciones tempranas y en la recuperación de la funcionalidad, en la que la fisioterapia juega un papel clave. No obstante, mejorar la accesibilidad a la fisioterapia de las personas con discapacidades de las regiones rurales es un reto difícil de superar por los sistemas de salud de los países más desarrollados.

La creación e implementación de una Unidad Periférica de Rehabilitación en Navarra (UPRHB) ha supuesto una mejora objetiva en la accesibilidad a fisioterapia en zonas rurales. A pesar de ello, en la actualidad se siguen encontrando amplios espacios rurales periféricos con población dispersa, muy envejecida con una accesibilidad dificultosa a los recursos sanitarios de rehabilitación.

### CONTENIDOS

1. Promoción y prescripción de ejercicio físico integrando recursos de la Comunidad.
2. Mejora de la accesibilidad a la asistencia rehabilitadora.
3. Implementación de la rehabilitación domiciliaria para procesos definidos.
4. Aumento de la cartera de servicios de APyC. Prescripción de fisioterapia grupal por el MAP, protocolizada, en los procesos prevalentes de bajo nivel de complejidad.
5. Ampliación y renovación de los gimnasios existentes en los Centros de Salud que permitan dar respuesta a las zonas con menor accesibilidad geográfica.
6. Convalecencia residencial (contemplado en el proyecto de atención sociosanitario).

### RESPONSABLE

Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial. Complejo Hospitalario. Gerencia de Atención Primaria, ISPLN.

### INDICADORES

- Número de pacientes derivados a fisioterapia grupal, desagregada por los procesos establecidos.



## VI.4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE FRAGILIDAD Y CAÍDAS

### DESCRIPCIÓN

En junio de 2014 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó un documento de consenso sobre la fragilidad y prevención de caídas: "DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE PREVENCIÓN DE FRAGILIDAD Y CAÍDAS EN LA PERSONA MAYOR. ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS", con el objetivo de detectar e intervenir sobre la fragilidad y el riesgo de caídas en la persona mayor, como medio para evitar y/o retrasar el deterioro funcional, así como promover la salud en la población mayor de 70 años. El ámbito de actuación de esta estrategia es Atención Primaria y el entorno comunitario, en coordinación con los recursos hospitalarios.

En nuestra comunidad se creó un grupo de trabajo multidisciplinar, con el objetivo de adaptar este documento y las acciones que conlleve, al SNS-O.

En el grupo de trabajo se ha elaborado un documento que en la actualidad se encuentra pendiente de validación e implementación en AP.

### CONTENIDOS

El elemento nuclear de esta intervención consiste en realizar un cribado oportunista de fragilidad a toda la población mayor de 70 años mediante una herramienta que permita detectar limitación funcional incipiente, antes de llegar a situaciones de discapacidad. Además, se realizará una valoración del riesgo de caídas a esta misma población.

Las acciones posteriores se concretan de la siguiente manera:

- En la población frágil: Intervención específica centrada en programas de actividad física multicomponente (que trabajen la resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular), con el objetivo de revertir la situación de fragilidad y prevenir el deterioro funcional. Además, las personas clasificadas como frágiles se beneficiarían de una valoración multidimensional (valoración geriátrica integral-VGI), dentro de las acciones programadas del Equipo de Atención Primaria. Dentro de esta VGI, se realizará de forma paralela una valoración nutricional.
- En aquellos pacientes detectados como de alto riesgo de caídas, se realizará una valoración multidimensional y una intervención multifactorial en función de la situación detectada: plan de actividad física, revisión de medicación y reducción de riesgos ambientales en el domicilio. De acuerdo a lo que se viene realizando en AP, estos pacientes podrán ser derivados a talleres de prevención de caídas que se realizan en los CS. Si el equipo de Atención Primaria considera oportuno, en casos de mayor complejidad, queda abierta la posibilidad de derivación a atención hospitalaria (Consulta Unidad de Caídas-Geriátrica)
- Para aquella población mayor de 70 años en la que no se detectan situaciones de fragilidad o riesgo de caídas, la intervención se centrará en promover estilos de vida saludables, similares al consejo integral en estilos de vida saludable en APyC diseñado para la población adulta por el grupo de trabajo de implementación de la "Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS".

Para la implementación de este programa será necesaria la modificación de los protocolos utilizados actualmente en APyC para el seguimiento de la población mayor de 70 años (“Actividades preventivas>75 años”, “Valoración geriátrica Integral” y “Seguimiento de Fragilidad”). Se requerirá formación para que los profesionales de APyC sean conocedores de los cambios y los recursos disponibles para la intervención en los distintos perfiles de pacientes.

### **RESPONSABLE**

Gerencia de Atención Primaria. Dirección de Asistencia Sanitaria al Paciente, Complejo Hospitalario de Navarra. Gerencias de Estella y Tudela.

### **INDICADORES**

- Porcentaje de población mayor de 70 años sobre la que se ha realizado valoración situación funcional/cribado de fragilidad.
- Porcentaje de población mayor de 70 años sobre la que se ha realizado valoración del riesgo de caídas.
- Porcentaje de población mayor de 70 años frágil a la que se ha realizado intervención (programa de actividad física).
- Porcentaje de población mayor de 70 años con riesgo aumentado de caídas a la que se ha realizado intervención.

## VII. ATENCIÓN EN EL DOMICILIO

### ➤ VII.1. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

PROMOCIÓN DE CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN QUE FAVOREZCAN EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: TIEMPOS ADECUADOS EN LAS AGENDAS DE LOS PROFESIONALES, INCREMENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACCESO A LA H.C. EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE

COORDINACIÓN CON OTROS PROFESIONALES Y RECURSOS (VER ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA)

LÍNEAS DE ACCIÓN RELACIONADAS DESCRITAS EN OTRAS ESTRATEGIAS

➤ VI.1. EXTENSIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA SOCIO-SANITARIA.

➤ X.2. ADECUACIÓN DE PLANTILLAS Y POLÍTICAS DE PERSONAL.

➤ XI.3. PORTABILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA.



## VII.1. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

### DESCRIPCIÓN

En la Guía de Buena Práctica clínica en Atención Domiciliaria del Ministerio de Sanidad y Consumo se define la Atención Domiciliaria y se recogen los conceptos y características esenciales de esta modalidad de atención.

Se puede definir como un servicio predominantemente sanitario mediante el que se provee asistencia continuada para la resolución domiciliaria de problemas de salud que no requieren hospitalización, dirigida a personas que no pueden desplazarse a un centro sanitario. Torra i Bou establece otra definición: "conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollada por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención de salud mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y la familia con los profesionales del equipo de salud, en el domicilio de aquellas personas que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de Atención Primaria".

El domicilio forma parte de la cartera de servicios de Atención Primaria y es uno de los escenarios de actuación de sus profesionales. Nuestra tarea es definir el modelo, así como el nivel de colaboración y coordinación con otros profesionales. Es cierto que durante la última década ha habido un interés creciente por la atención domiciliaria, por varios factores:

- Envejecimiento de la población.
- Incremento de la complejidad de los cuidados en domicilio.
- Tendencia a mantener al paciente en su medio, acercando los recursos al domicilio.

*(Nota. Se excluye de este apartado la atención al recién nacido y a la puérpera)*

### Características de la Atención en Domicilio:

1. Esta modalidad asistencial se dirige a aquellas personas que, bien por su situación de salud o por problemas sociosanitarios, requieren cuidados en domicilio de carácter temporal o permanente.
2. Las profesionales de enfermería constituyen el principal proveedor del servicio, en estrecha colaboración con profesionales de medicina y trabajo social, de tal forma que se proporcione desde los EAP una valoración integral y un plan de cuidados donde se identifiquen los objetivos asistenciales y las intervenciones necesarias para alcanzarlas.
3. Uno de los pilares fundamentales es la adecuada capacitación en autocuidados del paciente y la familia.
4. Se debe facilitar de colaboración e integración con la ayuda social a domicilio (proyecto de atención integrada social y sanitaria del Distrito de Tafalla).

### CONTENIDO

1. Elaboración del Programa de Atención en el Domicilio.
2. Promoción de cambios en la organización que favorezcan el desarrollo del modelo:
  - Establecer espacios de tiempo adecuados para la atención a domicilio.(Modelo organizativo y de profesionales ).



- Valorar la necesidad de incremento de enfermería en los EAP.
  - Favorecer la historia clínica en domicilio (Modelo tecnológico y de sistemas de información).
  - Establecer adecuados mecanismos de relación con otros estamentos profesionales.
  - Favorecer el cambio cultural que implica reconocer el domicilio como lugar habitual de trabajo.
3. Acceso a la H.C. en el domicilio del paciente.
- Desarrollo de la Histórica Clínica Móvil.
4. Aumento de la coordinación y colaboración con otros recursos, a instancia de los profesionales de APyC ,con el fin de garantizar la continuidad asistencial.
- Dispositivos y servicios sociales de atención a domicilio (ver Atención Socio-sanitaria).
  - Hospitalización a Domicilio.
  - Cuidados paliativos.
  - Especialistas hospitalarios de referencia.
  - Terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas.

## RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

## INDICADORES

- Número de consultas a domicilio a demanda y programada (excluyendo la atención continuada y urgente).
- Porcentaje de consultas en domicilio sobre el total de consultas de enfermería en población  $\geq 75$  años.
- Número de paciente en domicilio con un programa de atención integral y coordinado.
- Numero de primeras visitas conjuntas con aquellos profesionales a los que se solicita colaboración.

## VIII. URGENCIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA

- VIII.1. ATENCIÓN A LA EMERGENCIA, URGENCIA Y ATENCIÓN CONTINUADA EN EL MEDIO RURAL, REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE. CREACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS COMARCALES (SUC)
- VIII.2. REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE EN EL ÁREA DE PAMPLONA
- VIII.3. OTRAS MEJORAS EN LA ATENCIÓN A LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA
- VIII.4. ENFERMERÍA DE COORDINACIÓN-CONSEJO

### LÍNEAS DE ACCIÓN RELACIONADAS DESCRITAS EN OTRAS ESTRATEGIAS

- XI.3. PORTABILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA PARA DISPOSITIVOS MÓVILES
- XII.1. PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA



## VIII.1. ATENCIÓN A LA EMERGENCIA, URGENCIA Y ATENCIÓN CONTINUADA EN EL MEDIO RURAL, REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE. CREACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS COMARCALES (SUC)

### DESCRIPCIÓN

El Plan de Salud 2014-2020 ha priorizado la Estrategia de Atención a las Urgencias Tiempo-Dependientes, con una línea específica de ordenación de la atención a la urgencia vital. En este contexto, se ha considerado esencial mejorar la equidad territorial en el acceso a servicios de emergencia de soporte vital avanzado ya que en la actualidad se concentran en Pamplona, Tudela y Estella.

Con el objetivo de lograr que el 75% de la población y el 95% de la población navarra se encuentren **a menos de 15 y 30 minutos** respectivamente de un recurso sanitario con posibilidad de realizar un **soporte vital avanzado** se ha planteado **la puesta en marcha de Servicios de Urgencias Comarcales. (SUC.)**

Por otra la atención continuada y urgente se presta por personal específico de los **Servicios de Urgencia Rural (SUR)** organizados territorialmente en puntos de atención continuada (PAC), que físicamente se corresponden con centros de salud o consultorios (de uno a tres por Zona Básica dependiendo de población y orografía), cubiertos por el personal sanitario de mañanas desde las 15,20h a las 20 h, y desde esa hora hasta las 8h y los fines de semana por profesionales con dicha tarea específica que forman parte del EAP. Hay 5 PAC de especial actuación. Reiteradamente se viene planteando la necesidad de promover la eliminación de las llamadas "microguardias" y de incentivar una mayor integración de los profesionales del SUR y de los EAP.

Por otra parte, los profesionales de los PAC vienen reiterando la necesidad de disponer de vehículos identificados para su desplazamiento, así como de una uniformidad reconocible que faciliten su reconocimiento y la seguridad en la vía pública. Estos vehículos deberían estar dotados de navegador y geolocalización y tener el equipamiento adecuado a las tareas encomendadas.

Los **tests de diagnóstico rápido para situaciones de urgencia** se han ido progresivamente desarrollando fruto de los avances tecnológicos, y es de prever que en un futuro siga esta tendencia. Se caracterizan por su rapidez y sencillez de uso con mínimo adiestramiento, y guardan una correlación muy buena con el método estándar.

### CONTENIDOS

1. Creación de los Servicios de Urgencia Comarcal (SUC), en Tafalla, Sakana (Altasu), Pirineos (Sangüesa) y Baztán-Bidasoa (Doneztebe-Santesteban), con equipo de radiología, ecografía y un vehículo identificado.
2. Dotación de una ambulancia con características de Soporte Vital Avanzado Polivalente en cada SUC.
3. Estudio de la incorporación de otros test de diagnóstico rápido al paquete básico de APyC (determinación de troponinas, bioquímica, hematología), de cara a mejorar la resolutivez de los SUC en las urgencias tiempo-dependientes (prioridad del Plan de Salud).
4. Propuesta organizativa de modificación de microguardias:
  - Eliminación voluntaria y progresiva de las microguardias mediante prolongación de la guardia 1 día a la semana desde la hora de finalización de la

jornada ordinaria hasta las 8:00 horas del día siguiente y los otros 3 días con jornadas realizadas por profesionales del SUR.

- Hay un tope de una guardia semanal que suponga libranza, con la finalidad de asegurar la continuidad de los cupos.
  - Además, se propone que esa libranza sea asumida en la jornada de los profesionales SUR con actividades propias de jornada ordinaria.
5. Dotación de un vehículo por PAC, 50 vehículos (contando SNU).
  6. Dotación de vestuario adecuado a los profesionales que trabajan en los PAC.
  7. Mayor integración efectiva de los profesionales del SUR en el EAP.

## RESPONSABLE

Gerencia del SNS-O, Gerencia de Atención Primaria.

## INDICADORES

- Porcentaje de población navarra que se encuentra a <15 minutos de un SUC y de una ambulancia de **Soporte Vital Avanzado**.
- Porcentaje de población navarra que se encuentra a <30 minutos de un SUC y de una ambulancia de **Soporte Vital Avanzado**.
- PAC's que cuentan con vehículo con dotación específica para la atención de Urgencia.
- Porcentaje de SUR cuyos profesionales se han integrado de manera efectiva en funcionamiento ordinario del EAP.
- Porcentaje de Microguardias eliminadas.



## VIII.2. REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE EN EL ÁREA DE PAMPLONA

### DESCRIPCIÓN

La actual organización de la atención sanitaria urgente (no tiempo-dependiente) en Pamplona, basada en un centro de urgencias (San Martín) y tres centros periféricos (Burlada, Rotxaepa y Ermitagaña), presenta una clara oportunidad de mejora.

Por un lado, los centros periféricos antes descritos, se limitan prácticamente a ser consultas de rebosamiento de sus respectivos centros de salud, sin aportar ni cuantitativa ni cualitativamente demasiado beneficio a la asistencia urgente, que se centraliza en San Martín.

Por otro lado, esos centros con jornadas de apertura de cinco horas y profesionales aislados constituyen puestos de trabajo con condiciones laborales poco atractivos.

La apertura de un segundo centro de urgencias en Buztintxuri, en sustitución de los tres centros periféricos, con un equipo de profesionales trabajando juntos, con acceso a radiología y sirviendo de base a una de las ambulancias medicalizadas de Pamplona, sustituye el actual diseño de la organización de los servicios de urgencias por otro más coherente en la atención, teniendo en cuenta la actual realidad poblacional de Pamplona y la distribución geográfica de los recursos.

### CONTENIDOS

1. Adecuación de espacios del centro de salud de Buztintxuri para albergar una parte del servicio de urgencias (SUE) y una ambulancia medicalizada.
2. Adecuación de una zona para la instalación de Radiología simple.
3. Diseño del plan funcional del SUE, con adecuación de los turnos e implantación de los nuevos procedimientos.
4. Diseño del plan funcional de las ambulancias de soporte vital avanzado (ASVA) de Pamplona, con nuevos criterios de alerta y movilización, en base a isócronas.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.



## VIII.3. OTRAS MEJORAS EN LA ATENCIÓN A LA URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

### DESCRIPCIÓN

A solicitud del Parlamento Foral de Navarra, se configuró la Mesa del Transporte Sanitario integrada por responsables de Salud, Interior, Protección Civil así como por representantes de partidos políticos, sindicatos y de los distintos sectores profesionales médicos, enfermeros, técnicos de transporte sanitario, bomberos, etc. Como resultado de los trabajos de la Mesa se logró consensuar un Nuevo Modelo de Transporte Sanitario en el cual se concretan, los criterios del modelo de atención y calidad, así como el modelo de financiación y provisión.

A la hora de definir la planificación territorial y la organización de los recursos el Nuevo Modelo de Transporte establece dos criterios esenciales que habrán de tener una importante repercusión para el desarrollo de la atención a la urgencia extrahospitalaria:

- Se define que la organización del Transporte Sanitario de Urgencia ha de ser coherente y se debe adecuar progresivamente a la organización de los distintos dispositivos de Asistencia Sanitaria de Urgencia Extrahospitalaria (SUR, SUC, SNU, SUE).
- Se establece que ambos tipos de recursos han de depender del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de la Gerencia de Atención Primaria.

La puesta en marcha de nuevos Protocolos para el transporte de diferente tipo de pacientes exige también el desarrollo de actividades de formación continuada al personal de la Red de Transporte Sanitario de Urgencia.

Otro aspecto de gran relevancia relacionado con la Estrategia de Urgencias Tiempo Dependientes tiene que ver con la puesta en marcha del Protocolo de Activación de la Parada Cardíaca Extrahospitalaria. Esta medida implica también diversas medidas para asegurar el acceso a Desfibriladores y va acompañada de un campaña de divulgación poblacional

### CONTENIDOS

1. Planificación y ordenación del transporte sanitario de urgencia. Nuevo Decreto Foral.
2. Creación de una Unidad de Transporte Sanitario de Urgencia dependiente del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de la Gerencia de Atención Primaria.
3. Refuerzo de la Red de Transporte Sanitario de Urgencia.
4. Protocolos de actuación en catástrofes, eventos especiales.
5. Puesta en marcha de los nuevos Protocolos para el transporte de diferente tipo de pacientes: infecto-contagiosos, inmunodeprimidos, neonatos, obesos, situaciones de especial agresividad.
6. Formación continuada del personal de la Red de Transporte Sanitario de Urgencia.
7. Puesta en marcha del Protocolo y Código Activación de Parada Cardíaca Extrahospitalaria.
8. Regulación de la Instalación de Desfibriladores y formación primeros intervinientes.

9. Campaña de divulgación poblacional sobre el modo de proceder ante los síntomas y signos de alarma sugestivos de urgencias tiempo dependientes.

### **RESPONSABLE**

Dirección General de Salud, Dirección de Asistencia Sanitaria al Paciente, Gerencia de Atención Primaria.



## VIII.4. ENFERMERÍA DE COORDINACIÓN-CONSEJO

### DESCRIPCIÓN

Desde 2014 se está planteando la necesidad de poner en funcionamiento un servicio de enfermería, que ejerza funciones de Coordinación de urgencias en SOS Navarra y de Atención telefónica, encaminado a aconsejar y orientar a la población y a favorecer la continuidad asistencial fuera del horario ordinario de atención.

A final de 2014, se puso en marcha el Servicio de Consejo Sanitario. En este momento, parece conveniente desde un punto de vista funcional, implantar el servicio de la enfermería de coordinación en SOS Navarra. Y desde el punto de vista organizativo, la creación de un equipo de enfermeras que asuma ambas funciones. Y, para una mejor funcionalidad, se plantea compaginarlas con actividades asistenciales.

### CONTENIDOS

1. Creación de un puesto en SOS Navarra para la enfermera de coordinación (coste a cargo de Interior).
2. Organización de un grupo de enfermeras de urgencias con funciones de coordinación en SOS Navarra, consejo y asistencia.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.



## IX. ATENCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA

- IX.1. PLAN INTEGRAL DE APOYO A LA FAMILIA, LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
- IX.2. PLAN DE SALUD INFANTOJUVENIL
- IX.3. GARANTIZAR EL DERECHO PRESTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL (PADI)

### LÍNEAS DE ACCIÓN RELACIONADAS DESCRITAS EN OTRAS ESTRATEGIAS

- II.1. INTEGRACIÓN DE LA SALUD EN TODAS LAS ACCIONES
- II.6. PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A NIVEL POBLACIONAL E INDIVIDUAL
- IV.1. EXTENSIÓN Y AFIANZAMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO Y PLURIPATOLÓGICO
- IV.2. EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA DE AUTOCUIDADOS EN PROCESOS CRÓNICOS
- VI. 1. EXTENSIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA SOCIO-SANITARIA



## IX.1. PLAN INTEGRAL DE APOYO A LA FAMILIA, LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

### DESCRIPCIÓN

La Organización Mundial de la Salud insiste en que para mejorar los resultados en salud de la población en general y muy en particular cuando se hace referencia a la infancia, es imprescindible desarrollar estrategias intersectoriales”.

Solo con el trabajo conjunto de Salud, Derechos Sociales, Educación, Deporte y Juventud, Entidades Locales y Asociativas, se puede intervenir de manera eficaz frente a los factores determinantes de la salud: estilos de vida, condicionantes ambientales socioeconómicos y socioculturales.

Por ello, conforme a lo previsto en el Plan de Salud 2014-2020, el Departamento de Salud promovió la constitución del Consejo Interdepartamental de Salud de Navarra. Este órgano, presidido por la Presidenta del Gobierno tiene como finalidad promover la estrategia de “Salud en todas las políticas” y entre una de sus prioridades de acción acordó abordar el desarrollo de plan de intervención integral e interdepartamental de atención a la infancia.

Finalmente el 14 de febrero de 2018 el Gobierno de Navarra aprobó el **II Plan Integral de Apoyo a la Familia, la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Navarra 2017-2023**. Cuatros de sus nueve Áreas de Acción Prioritaria requieren de la implicación activa de la Atención Primaria de Salud en mayor o menor grado.

### CONTENIDOS

1. Atención temprana a la infancia:
  - Mejorar los procesos de detección facilitando a los profesionales que están en contacto con menores entre 0 y 6 años protocolos en los que se describan los indicadores o signos de alarma.
  - Protocolos detección diagnóstico e intervención de menores con sospecha de trastorno de espectro autista.
2. Programa comunitario de prevención de riesgo psicosocial y parentalidad positiva.
  - Detección y valoración multidisciplinar de situaciones de Riesgo Psicosocial.
  - Formación y elaboración de materiales para profesionales en parentalidad positiva.
  - Impulso y apoyo al trabajo local en red común y compartido entre los distintos recursos de la zona, sobre parentalidad positiva y educación parental.
  - Elaboración instrumento de screening y protocolos correspondientes que regulen el ofrecimiento a las familias de la participación en programas de apoyo y ayuda y la derivación a la Unidad de Intervención Precoz.
  - Formación de profesionales en el instrumento de screening y en la utilización del protocolo.
3. Planificación territorial y trabajo en red:
  - Participar e incentivar la participación en Redes Sociocomunitarias.
4. Atención sociosanitaria en la escuela:
  - Pilotaje enfermera escolar.

- Empoderamiento a la comunidad educativa en la identificación y actuación en las necesidades de salud en el ámbito escolar.
  - Desarrollo de programa de intervención y asesoramiento sobre temas de salud.
  - Asesorar y formar a la comunidad educativa.
  - Estrategia de autocuidados en la comunidad.
  - Prevención y promoción de la salud en la infancia y adolescencia.
5. Reducción de las desigualdades en resultados en salud.

## RESPONSABLE

Departamento de Salud. Departamento de Educación y Departamento de Derechos Sociales.

## INDICADORES

- Prevalencia de menores de 6 años con valoración riesgo psicosocial.
- Porcentaje de ZBS que han realizado una reunión con las direcciones de los centros escolares de su zona para detectar menores con enfermedades crónicas (diabetes, asma, convulsiones y riesgo de anafilaxia por alergias).
- Porcentaje de Zonas Básicas que participan en Redes Sociocomunitarias de Atención Integral a la Infancia y Adolescencia.
- Nº de participantes en actividades de Educación en Parentalidad Positiva. Escuela de Padres y Madres, APYMAS, etc.



## IX.2. PLAN DE SALUD INFANTOJUVENIL

### DESCRIPCIÓN

En la Estrategia de prevención y promoción en población infantil y adolescente del Plan de Salud 2014-2020, se ha definido, entre otros, el Programa de Salud en Infancia y Adolescencia en APyC.

El efecto de la prevención de enfermedades y lesiones en la infancia, la detección de riesgos y trastornos que faciliten la detección precoz y eviten sus secuelas, así como la creación de hábitos saludables en la etapa de la vida en que es más fácil adquirirlos y mantenerlos va a perdurar en las etapas posteriores permitiendo alcanzar una mejor calidad de vida.

Las actividades que conforman el programa de salud infantil se han establecido con la colaboración y consenso de profesionales sanitarios que llevan a cabo su labor de atención a la salud infantil en diferentes ámbitos.

### CONTENIDOS

1. Nombramiento de un Coordinador del Programa de Atención Pediátrica en la Gerencia de Atención Primaria.
2. Ordenación de la atención pediátrica:
  - Pediatra de referencia a nivel de Zona Básica de Salud.
  - Consensuar medidas para paliar el déficit coyuntural de pediatras de atención primaria.
  - Priorizar la cobertura de aquellas plazas que permitan garantizar que todas las Zonas Básicas cuenten al menos con un Pediatra.
  - Creación de listas especiales de contratación de enfermería para la atención de población pediátrica con formación y experiencia específica.
  - Planificar y proceder al despliegue progresivo del nuevo perfil de Enfermera Especialista en Pediatría vía EIR.
  - Impulsar un modelo de atención a procesos agudos con protocolos orientada al autocuidado.
  - Redefinición de las competencias en los controles en el PSI.
  - Adecuación de los perfiles profesionales.
3. Implementar el despliegue efectivo de los programas previstos en la estrategia de prevención y promoción en población infantil y adolescente.
  - Despliegue del Programa de salud infantil y adolescente APyC 2015.
  - Garantizar de la visita domiciliaria a todo recién nacido.
  - Promoción de la lactancia materna. Acreditación IHAN de los centros de salud.
  - Cribado de patologías donde se ha demostrado evidencia científica.
  - Protocolo sistemático de Detección del Riesgo Psicosocial mediante indicadores de riesgo.
  - Promoción del vínculo afectivo, parentalidad positiva y capacitación en el cuidado infantil.
  - Valoración sistemática de la nutrición y alimentación saludable, suficiente y adecuada, tanto en la infancia como en la adolescencia.

- Prevención de la obesidad infantil.
  - Consejo sistemático e intervención para la prevención de accidentes y lesiones.
  - Programa de capacitación y apoyo a la comunidad educativa en la atención a niños con patologías crónicas.
  - Planificación eficiente de la vacunación infantil, con el fin de garantizar la cobertura vacunal deseada.
4. Creación del Comité Técnico de Atención Pediátrica de Navarra para garantizar una atención integrada estableciendo protocolos conjuntos y mecanismos de colaboración bidireccional entre la Pediatría Hospitalaria y la Extrahospitalaria.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria, ISPLN, Departamento de Educación, Departamento de Derecho Social.

### INDICADORES

- Incidencia acumulada de recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva a los 6 meses.
- Tasa de obesidad infantil 0-4 años y de 5-9 años.
- Indicadores y Cobertura del PSI.



## IX.3. GARANTIZAR EL DERECHO PRESTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL (PADI)

### DESCRIPCIÓN

Mediante este programa, que se puso en marcha en 1991 con el Decreto Foral 58/91, se empezó a ofertar **atención dental básica gratuita** a la población residente en Navarra de 6 a 15 años. En 2003, mediante el **Decreto Foral 69/2003**, se amplió la población destinataria del programa hasta los 18 años y, más recientemente, el Decreto Foral 249/2011 volvió a definir la población con derecho desde los 6 hasta los 15 años de edad. La población diana en 2017 son 69.015 niños u niñas. Aunque de **financiación pública, la provisión de servicios del PADI es mixta**: dentistas asalariados del SNS-0 y dentistas privados concertados por el SNS-0 que son remunerados mediante un sistema de pago basado principalmente en capitación. Las **prestaciones** garantizadas incluyen, en dentición definitiva, cualquier tipo de atención dental excepto ortodoncia y, en dentición temporal, sólo las revisiones, exodoncias y tratamientos de urgencias. En otras palabras, se incluyen los siguientes procesos: Revisión diagnóstica. Atención de urgencias. Sellado de fisuras en permanentes. Aplicación de flúor tópico si existe alto riesgo de caries. Obturaciones (empastes) de dientes permanentes. Tratamiento del nervio de dientes permanentes. Tratamientos periodontales de permanentes (limpiezas...). Extracción dental. Tratamiento de traumatismos dentales. Ciertos tratamientos protésicos en permanentes. Intervenciones de cirugía bucal.

En cuanto al **Índice de Utilización**, desde hace unos años se viene atendiendo cada año casi al 70% de la población con derecho al Programa.

### CONTENIDOS

1. Fomentar el uso del programa.
2. Estudiar los determinantes de no utilización del programa.
3. Implementar acciones para garantizar equidad de acceso en función de los resultados obtenidos.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria, Sección Salud Bucodental.

## X. MODELO ORGANIZATIVO, AUTONOMÍA Y DE PROFESIONALES

- X.1. PACTOS DE GESTIÓN ALINEADOS CON EL MARCO ESTRATÉGICO DEL DEPARTAMENTO Y SNS-0
- X.2. ADECUACIÓN DE PLANTILLAS Y POLÍTICA DE PERSONAL



## X.1. PACTOS DE GESTIÓN ALINEADOS CON EL MARCO ESTRATÉGICO DEL DEPARTAMENTO Y EL SNS-0

### DESCRIPCIÓN

El Plan de Salud de Navarra 2014-2020 y la estrategia "Osasunbidea: Caminando por la Salud 2015-2020" establecen el marco en el que se desarrolla tanto el Contrato Programa del SNS-0 con las Gerencias de los ámbitos como el Pacto de Gestión de Atención Primaria con los equipos. Estos planes incorporan diversos instrumentos para lograr alinear los objetivos de gestión y gestión clínica con las prioridades de salud. Asignar responsabilidades bien definidas, divulgar los Planes de Salud a los profesionales sanitarios, vincular Estimación económicas y objetivos, integrar la planificación estratégica y la formulación de contratos programa, incorporar objetivos de salud a los pactos de gestión clínica, desarrollar los sistemas de información y evaluación de resultados, y facilitar a los clínicos instrumentos de autoevaluación clínica son instrumentos estratégicos que se contemplan en el Plan de Salud y que ayudarán a trasladar los objetivos de salud a sanitarios y gestores. Los instrumentos y elementos clave identificados para conseguir una Transformación del Modelo de Atención son unos Pactos de Gestión Clínica orientados a resultados de salud y la formación y **que primen la innovación, la integración y la sostenibilidad**. Se ha podido comprobar que aquellas CCAA que trasladan sus objetivos de salud a los contratos y pactos de gestión consiguen mejores resultados. Introducir a los equipos y a la Gerencia en la cultura de la Gestión Avanzada.

### CONTENIDOS

1. El enfoque y los objetivos que deberán incluirse en los Pactos de Gestión Clínica serán similares a los del Plan de Salud y a la estrategia "Osasunbidea: Caminando por la Salud 2015-2020" al cual deberán estar alineados.
2. Se promocionará la formación en el modelo de Gestión Avanzada (MGA).
3. Se incentivarán:
  - los resultados en salud.
  - la orientación comunitaria de las acciones.
  - la innovación.
  - la integración de sus miembros en grupos de trabajo, investigación y comités científicos, así como la integración socio-sanitaria.
  - la Eficiencia y la sostenibilidad: aumento de la resolutivez repercutida en disminución de desplazamientos y otros indicadores específicos.
4. Se impulsará el modelo de autogestión y evaluación clínica.
5. Realización pilotajes de nuevos modelo organizativos.
  - Nuevas modalidades de UBAS (Ejemplo: 2 Médicos, 3 Enfermeras 1 Administrativo).
  - Libre elección enfermería.
  - Enfermería domiciliaria y comunitaria.

### RESPONSABLE

Gerencia del SNS-0, Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Realización del Plan de mejora de la GAP según MGA.





## X.2. ADECUACIÓN DE PLANTILLAS Y POLÍTICA DE PERSONAL

### DESCRIPCIÓN

A la hora de definir las plantillas de APyC en Navarra se han tomado en consideración los siguientes aspectos:

- Los ratios establecidos en el Decreto de Libre Elección de Médico de Familia y Pediatra.
- Los ratios objetivo establecidos en el Plan de Mejora de la Atención Primaria de Navarra.
- El ratio contemplado en la Ley de Zonificación Sanitaria en particular para el estamento de Trabajo Social.
- Las necesidades derivadas de la implantación de los nuevos modelos de atención contemplados en el plan de mejora, en la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológicos.
- El incremento de la capacidad resolutoria derivado de la adecuación de los perfiles profesionales.

Otro aspecto esencial a considerar es la Previsión de jubilaciones en APyC realizada para el período 2016-2023 realizada tomando en consideración jubilación por edad a los 65 años.

### PREVISIONES

EMPLEO	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	TOTALES
Administrativo/a			2	3	7	8	5	8	33
Enfermero/a	19	7	17	14	19	34	29	21	160
Médico/a	8	21	17	30	27	30	35	40	208
Pediatra	4	6	3	5	5	2	5	3	33
Trabajador/a social		1			1	1			3
<b>TOTALES</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>52</b>	<b>59</b>	<b>75</b>	<b>74</b>	<b>72</b>	<b>437</b>

A todo lo dicho se ha de unir el constatado déficit de determinados estamentos profesionales lo cual genera una dificultad añadida a la hora de cubrir determinados puestos en zonas rurales que obliga a realizar una reflexión en profundidad de este tema.

### CONTENIDOS

1. Actualización de los criterios de ponderación de TIS en base a las variables de edad, sexo, y carga de enfermedad con objeto de equilibrar.
2. Adecuación de la plantilla de los EAP a los nuevos perfiles y atribuciones profesionales.

3. Para ello, se estima que además del incremento de personal ya realizado en 2017 y 2018 sería necesario proceder al incremento de plantilla siguiente:

### ESTIMACIÓN DEL PERSONAL A INCORPORAR EN LOS EAP EN EL PERÍODO 2019-2022

Medicina de familia*	Pediatría*	Enfermería comunitaria	Enfermería pediátrica y S. Escolar	Trabajo Social	Personal Administrativo
25	5	35	15	17	14

\* Médicos y Pediatras de EAP con población asignada

En el año 2107 tasa media de población adulta por médico es de 1.325 TIS/ Med.Familia con población asignada. El incremento de la plantilla en 25 médicos de familia permitiría bajar de la tasa media a 1.250 TIS/ Med.Familia, tasa que puede considerarse óptima.

Por lo que hace referencia a la Pediatría el incremento de 5 pediatras con población asignada permitiría bajar de la tasa media observada en 2107 que es de 940 TIS/ Pediatra a una tasa que puede considerarse óptima de 900 TIS/ Pediatra.

4. Reajuste de las diferencias injustificadas de las poblaciones TIS asignadas a los distintos facultativos respetando en todo caso las diferencias derivadas de la necesidad de garantizar la accesibilidad y equidad territorial y la libre elección de médico. A fin de garantizar un ejercicio efectivo de la libre elección de médico.
5. Con carácter general la planificación de los recursos se realizará de forma que se evite superar los siguientes ratios de TIS estandarizadas por profesional:
  - 1.500 TIS estandarizadas por UBA de Medicina de Familia.
  - 1.000 TIS estandarizadas por UBA de Pediatría de AP.
  - 10.000 TIS/trabajador social.
6. En tanto persista el actual déficit de facultativos especialistas de Medicina de Familia y Pediatría sin duda habrá dificultades para alcanzar los ratios objetivo. En tal caso la asunción por el profesional de pacientes adicionales deberá ser debidamente reconocida, en especial si la misma se deriva del ejercicio de la libre elección por parte del ciudadano.
7. Otras medidas para alinear la política de personal con los objetivos estratégicos incluirán las siguientes medidas:
  - a. Potenciación y adecuación de las nuevas competencias de enfermería.
  - b. Adecuar el papel del personal administrativo dotándole de un perfil administrativo- sanitario para que esté en condiciones de gestionar el proceso asistencial con una adecuada orientación inicial de la demanda en función de la necesidad.
  - c. Incluir el mayor número posible de plazas en la Oferta Pública de Empleo incluyendo el 100% de las plazas de especialidades deficitarias.

- d. Mejorar en la gestión de contratación del personal: Reducir el número de contratos cortos o muy cortos, agrupar los contratos en contratos estructurales de más larga duración.
- e. Consolidación de plantillas de los contratos estructurales de larga duración.
- f. Autorizar la prolongación voluntaria de la edad de jubilación en los términos que dispone la Ley Foral 27/2018.
- g. Promover la conciliación de la vida personal, familiar y laboral con horarios de trabajo más personalizados y flexibles siempre que se garantice el cumplimiento efectivo de la jornada laboral en cumplimiento de lo dispuesto en la nueva Ley Foral para la igualdad entre mujeres y hombres.
- h. Homologar la retribuciones que se perciben en APyC y en el hospital por la realización de actividad extraordinaria fuera de la jornada en los siguientes supuestos:
  - Suplir la ausencia imprevista o prolongada de un compañero
  - Garantizar los tiempos por consulta establecidos en tanto no sea posible evitar que existan facultativos que superen el máximo de TIS estandarizadas.
  - Realizar consultas monográficas al servicio del conjunto del Equipo de Atención Primaria que permitan ampliar su cartera de servicios y reducir la tasa global de derivación.
- i. Incentivar la realización de actividad asistencial adicional realizada dentro de la jornada para pasar la consulta de un compañero ausente, siempre que se cumplan criterios de sustitución y no se disponga de personal para contratar.
- j. Identificar puestos de trabajo de difícil cobertura e incentivar a los profesionales que los ocupen adecuando su complemento de destino.
- k. Incrementando de manera progresiva el peso que representa la retribución capítativa derivada de la asunción por el profesional de un mayor número de pacientes, en especial los derivados del ejercicio de la libre elección por parte del ciudadano.
- l. Incentivar económicamente nuevas fórmulas de integración del personal de SUR en el EAP.
  - Incentivar económicamente nuevas fórmulas de cobertura personalizada de la atención continuada a pacientes en cuidados paliativos.
  - Adoptar medidas para fidelizar a los Residentes que finalizan el Programa MIR.

## RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria y Dirección de Profesionales.

## INDICADORES

- N° de contratos estructurales realizados para la cobertura de ausencias.
- Tiempo medio por acto.
- N° consultas presenciales/día.
- Ratio de TIS/profesionales.

## XI. MODELO TECNOLÓGICO Y DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- XI.1. EXTENSIÓN DE LA BANDA ANCHA A TODAS LAS ZONAS BÁSICAS
- XI.2. HISTORIA CLÍNICA INTEGRADA Y DE ALTO VALOR AÑADIDO
- XI.3. PORTABILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA
- XI.4. DIGITALIZACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS
- XI.5 SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN DE AYUDA AL CLÍNICO
- XI.6. TECNOLOGÍAS DE COMUNICACIÓN EN REUNIONES Y ACTIVIDADES FORMATIVAS



## XI.1. EXTENSIÓN DE LA BANDA ANCHA A TODAS LAS ZONAS BÁSICAS

### DESCRIPCIÓN

Los datos particularizados de banda ancha en la Comunidad Foral de Navarra en el primer semestre de 2016 muestran que con un rango del 90 al 100% de la cobertura ADSL mayor o igual a 2 Mbps se encuentran 111 municipios (total de 272), lo que supone 519.442 habitantes, a los que se añaden en un rango del 80 al 90%, 26 municipios y 66.890 habitantes más. La alta velocidad ( $\geq 100$  Mbps) está presente en el 69% de Navarra.

El desarrollo de la banda ancha de alta capacidad en la red de Atención Primaria, es imprescindible para la utilización de las nuevas tecnologías y servicios, necesarios para la mejora de la capacidad resolutoria y el acceso a los nuevos tipos de comunicación.

### CONTENIDOS

1. Estudio de necesidades presentes y futuras de banda ancha de centros de salud y consultorios.
2. Extensión de la banda ancha a todos los centros de salud y consultorios de la geografía Navarra.
3. Búsqueda de alternativas para consultorios con dificultades en la dotación.
4. Evaluación anual del plan de implantación, de acuerdo a indicadores específicos.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria.

### INDICADORES

- Porcentaje de centros de salud y consultorios principales que disponen de fibra óptica.
- Porcentaje de centros de salud y consultorios con conexión a banda ancha.



## XI.2. HISTORIA CLÍNICA INTEGRADA Y DE ALTO VALOR AÑADIDO

### DESCRIPCIÓN

El Plan de Salud de Navarra 2014-2020 identifica la Historia Clínica Integrada como un instrumento clave para ofrecer una atención integrada verdaderamente centrada en el paciente. Considera asimismo que la evolución tecnológica permite incorporar a la misma elementos de alto valor añadido de ayuda al clínico para la toma de decisiones y el seguimiento y monitorización de los resultados de salud. Para dar respuesta a los requerimientos establecidos en el Plan de Salud, el SNS-O se ha puesto en marcha una estrategia de integración progresiva de la información clínica contemplado como un componente nuclear de la Estrategia de Crónicos y se ha iniciado el desarrollo de diversos instrumentos de ayuda a la toma de decisiones clínicas.

En su evolución la Hª Clínica deberá dar también soporte a la Atención Sociosanitaria incorporando instrumentos compartidos de diagnóstico conjunto de necesidades, planes integrales y personalizados de atención, etc.

### CONTENIDOS

1. Protocolos informatizados por procesos integrados. (Tapiz del proceso integrado).
2. Visión multiproceso para la atención al paciente pluripatológico y otros perfiles de pacientes cada día más frecuente. (Tapiz del perfil del paciente).
3. Ayudas para garantizar un Curso Clínico Compartido.
4. Identificación de manera visible de los parámetros críticos de control.
5. Alarmas, herramientas de ayuda y sistemas expertos de alto valor añadido que faciliten la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.
6. Alarmas y sistemas de prevención de efectos adversos.
7. Gestión integrada de la imagen médica.
8. Instrumentos específicos de apoyo a la interconsulta no presencial.
9. Vinculación a dispositivos de telemonitorización y a la Carpeta Personal del Paciente disponible en el Portal de Salud.
10. Vinculación a herramientas específicas para la Gestión de Casos (Paneles de Control) y a los Cuadros de Mandos Clínicos.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria.

### INDICADORES

- N° de pacientes telemonitorizados.



## XI.3. PORTABILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA PARA DISPOSITIVOS MÓVILES

### DESCRIPCIÓN

La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. La incorporación de esta nueva herramienta tecnológica a los dispositivos móviles de los facultativos permitirá consultar e interactuar sobre la historia clínica digital del paciente desde cualquier lugar y sin necesidad de un terminal PC.

El acceso a la historia del paciente se realiza mediante una conectividad segura, que garantiza la confidencialidad de los datos (conexión cifrada).

### CONTENIDOS

1. Aplicación móvil con acceso a historia clínica:
  - Urgencias.
  - Atención en domicilio.
  - Ambulancia.
2. Comunicación con profesionales: posibilidad de que el facultativo pueda consultar o enviar información a través de dispositivos móviles.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria.

### INDICADORES

- Porcentaje de profesionales de Urgencias que disponen de dispositivos móviles con acceso a Hª Clínica.
- Porcentaje de Ambulancias que disponen de dispositivos móviles con acceso a Hª Clínica.
- Porcentaje de profesionales de EAP que disponen de dispositivos móviles con acceso a Hª Clínica.



## XI.4. DIGITALIZACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

### DESCRIPCIÓN

La Digitalización de las Historias Clínicas es el proceso por el cual un documento es transformado en una imagen digital, pudiendo acceder al mismo desde múltiples ubicaciones sin necesidad de acudir al documento físico.

En Atención Primaria, las historias clínicas conforman un volumen documental cuyo almacenamiento plantea un importante conflicto en relación al espacio en los archivos y, fundamentalmente, a su correcto mantenimiento y seguridad.

### CONTENIDOS

En la búsqueda de una documentación clínica segura y accesible se plantea:

1. La digitalización de las historias clínicas en formato papel.
2. La incorporación de la documentación digitalizada la historia clínica informatizada.
3. La destrucción de las versiones de papel con las adecuadas medidas de seguridad una vez finalizada la digitalización.
4. La dotación a las zonas básicas de salud de los recursos necesarios para la futura digitalización de la documentación generada.
5. El aprovechamiento de los espacios de archivo liberados de todos los centros sanitarios.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria.

### INDICADORES

- Porcentaje de ZBS en los que se ha realizado la digitación de las historias clínicas de pacientes fallecidos.
- Porcentaje de ZBS en las que es posible la digitalización de la documentación.





## XI.5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN DE AYUDA AL CLÍNICO

### DESCRIPCIÓN

El adecuado desarrollo de la Estrategia APyC centrada en los resultados, exige una profunda evolución del paradigma que configura los Sistemas de Información.

Hasta el presente la mayoría de los Sistemas de Evaluación han venido estando centrados en el control de la productividad y del gasto por parte de la Gerencia.

Sin embargo, tal como propugna el Plan de Salud de Navarra 2014-2020, el logro de los objetivos previstos exige el desarrollo de instrumentos que ayuden al clínico a la evaluación y mejora continua de sus resultados clínicos.

Para lograr resultados los profesionales precisan disponer de "Sistemas de Información de Ayuda al Clínico" accesibles y fiables, que permitan un acceso autónomo, ágil y oportuno a la información para la toma de decisiones: cuadros de mando integrales, de gestión asistencial, paneles clínicos, sistema de información sobre gastos y costes que se puedan atribuir a las distintas unidades.

El desarrollo de los nuevos sistemas de información pasa en primer lugar por la parametrización y registro adecuado en la Historia Clínica 2.0 de los parámetros clave necesarios para la construcción automática de los indicadores preseleccionados en las distintas áreas estratégicas priorizadas en el Plan de Salud. Los registros de parámetros clave y los desarrollos específicos necesarios para dar respuesta tendrán carácter de prioridad sanitaria.

Por otra parte resulta esencial aprovechar las nuevas tecnologías para desarrollar nuevas herramientas que simplifiquen y faciliten al clínico la visualización rápida de los resultados.

### CONTENIDOS

1. Desarrollo de Paneles de Control de Casos para facilitar la labor de control y seguimiento personalizado de los parámetros clave en grupos de pacientes incluidos en determinados programas, en especial en el de crónicos. Permite navegar hasta la historia clínica personal de cada uno de ellos.
2. Desarrollo de Cuadros de Mandos Clínicos que ofrezcan a los clínicos una visión estadística evolutiva y comparada de los resultados obtenidos en cada uno de los indicadores clave para el conjunto de pacientes asignados.
3. Desarrollo de Cuadros de Mandos de Gestión que ofrezcan a Responsables de los EAP una visión estadística evolutiva y comparada de los resultados obtenidos por el Equipo de Profesionales en cada uno de los indicadores estratégicos.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria.

### INDICADORES

- Porcentaje de EAP que disponen de Cuadros de Mandos de Gestión Clínica.
- Porcentaje de profesionales con acceso Cuadros de Mandos Clínicos y Paneles de Control que le permitan navegar hasta la Hª Clínica del Paciente.



## XI.6. TECNOLOGÍAS DE COMUNICACIÓN EN REUNIONES Y ACTIVIDADES FORMATIVAS

### DESCRIPCIÓN

En el ámbito sanitario, la incorporación de esta tecnología permitiría en primer lugar favorecer las reuniones de los equipos rurales formados todos ellos por profesionales que trabajan en diferentes horarios. Por otra parte permite establecer reuniones con otros profesionales de otros centros de salud y/o hospitalarios, etc.

### CONTENIDOS

1. Incorporación a los centros de salud con ancho de banda suficiente la tecnología para realización de videoconferencias.
2. Extensión de la prestación a todos los centros de salud y consultorios de la geografía Navarra según se vayan incorporando los anchos de banda adecuados y lo sea solicitado por los mismos.
3. El plan de implantación será evaluado con los indicadores específicos pasados los 6 meses de cada período de implantación de la técnica en cada ZBS.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria y Servicio de Sistemas de Información Sanitaria.

### INDICADORES

- N° de ZBS que han realizado al menos tres actividades por videoconferencia en el año.

## XII. MODELO DE INNOVACIÓN, DESARROLLO PROFESIONAL Y DE INVESTIGACIÓN

- XII.1. PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA
- XII.2. PLAN DE FORMACIÓN PREGRADO Y POSTGRADO DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL
- XII.3. CREACIÓN DE UN PORTAL DE CONOCIMIENTO DE APyC
- XII.4. FAVORECER Y ESTIMULAR LA PRESENCIA DE PROFESIONALES DE APyC EN GRUPOS DE TRABAJO Y COMITÉS TÉCNICOS
- XII.5. CREACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL
- XII.6. INCENTIVACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN APyC



## XII.1. PLAN DE FORMACIÓN CONTINUADA

### DESCRIPCIÓN

Tras el diagnóstico de situación de la atención sanitaria en el entorno rural se ha priorizado la necesidad de implementar un **plan de formación continuada** plurianual de profesionales médicos y de enfermería para capacitación profunda que incluya actividades presenciales, estancias y alta actividad formativa online en áreas detectadas de mayor prevalencia de patología y/o derivaciones a atención especializada de forma que se constituyan en referentes en esas materias para el resto de sus compañeros.

Este plan favorecerá la incorporación de los EAPs rurales a la formación de pre y post-gradado como elemento dinamizador y enriquecedor a nivel profesional.

### CONTENIDOS

1. Oferta formativa dirigida a las prioridades de actuación.
2. Oferta formativa a Directores y Jefaturas.
3. Oferta formativa para la formación de expertos en determinadas materias: imagen, cirugía menor, cardiovascular, salud mental, pediatría, diabetes y tiroides, e. respiratorias, urgencias y emergencias, etc., que sirvan de referente a sus compañeros de EAP.
4. Establecimiento de un curriculum formativo básico y plurianual para cada estamento profesional.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Creación de la Comisión de Formación.



## XII.2. PLAN DE FORMACIÓN PREGRADO Y POSTGRADO DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL

### DESCRIPCIÓN

En la Gerencia de Atención Primaria (GAP), y fundamentalmente, desde la Sección de Formación e Investigación del Sº Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial, junto con el Servicio de Cuidados Asistenciales y Atención Domiciliaria se organizan las siguientes formaciones:

- Docencia pregrado en los centros de salud, de prácticas tutorizadas de estudiantes de Medicina, Enfermería y Trabajo Social. Existe el correspondiente Convenio de Colaboración con cada una de las Universidades.
- Docencia postgrado de formación MIR de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Formación práctica en el ámbito de la GAP del Master de Gestión de Cuidados de Enfermería.
- Colaboración con la docencia posgrado de formación MIR de otras especialidades como Pediatría, Geriátrica, Medicina Preventiva y Medicina del trabajo.
- Adiestramiento de profesionales que quieren mejorar su perfil clínico o adquirir nuevas destrezas que aumentan su capacidad resolutive.
- Adiestramiento de profesionales que se incorporan al SNS-O.

En el año 2014 se planteó como objetivo de la Dirección de Atención Primaria de Navarra (DAP), solicitar al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la conversión y acreditación de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (UD MFyC) en Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria (UDM AFyC) con el fin de mejorar y enriquecer la calidad de la formación de especialistas, asegurando de esta manera una atención de mayor calidad a los pacientes del SNS-O.

Considerábamos que las Unidades Docentes Multiprofesionales suponían una oportunidad al definir un nuevo entorno de formación, mediante el cual los profesionales que intervienen en la asistencia sanitaria (medicina y enfermería) y que provienen de diferentes titulaciones se especializan de manera conjunta.

Dichas Unidades garantizan la adquisición de una de las competencias más importantes para el Sistema Sanitario Público como es el trabajo en equipo, a la vez que potencian el enfoque centrado en el paciente y en sus necesidades, y contribuyen a asegurar la calidad en la atención integral del paciente.

En Navarra contamos con una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria que depende del Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial de la **Gerencia de Atención Primaria** la cual **se integra dentro del SNS-O. En Atención Primaria** un equipo de casi 1500 profesionales presta atención sanitaria a una población de 620000 TIS aproximadamente. Cuenta con 57 centros de salud, 17 de los cuales son en la actualidad Centros Docentes para Medicina Familiar y Comunitaria y 12 para rotación rural.

Dicha Unidad ha tenido una trayectoria y experiencia de reconocido prestigio desde sus inicios en el año 1988. Se trata de una Unidad Docente consolidada y con una buena calidad formativa avalada por nuestros tutores que fueron previamente residentes de nuestra Unidad. Gran parte de la Sanidad Navarra está cubierta

actualmente por médicos que se formaron en esta Unidad, como son la mayoría de los Tutores, la Gerente de Atención Primaria, la jefe del Servicio de Apoyo a la Gestión Clínica y Continuidad Asistencial y la Jefe de Estudios de dicha Unidad.

Por todo lo mencionado anteriormente, se ha logrado la acreditación por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de la Unidad Docente Multiprofesional de Familiar y Comunitaria de Navarra con las siguientes plazas:

**40 para Médicos Internos Residentes (MIR) de Medicina Familiar y Comunitaria y 12 Enfermeros Internos Residentes (EIR) de Enfermería Comunitaria**

Este plan supone la acreditación de una serie de nuevos dispositivos y favorecerá la incorporación de los EAPs rurales a la formación de pre y post-grado como elemento dinamizador y enriquecedor a nivel profesional.

Por otra parte también se ha logrado la acreditación de la Unidad Docente Multiprofesional de Pediatría vinculada al Complejo Hospitalario, lo que supone un incremento de 2 plazas de pediatría y el inicio en Navarra de la formación en esta especialidad de enfermería. Se incluye el HRS.

**6 Médicos Internos Residentes (MIR) y  
3 para Enfermeros Internos Residentes (EIR) de la Especialidad de Pediatría**

## CONTENIDOS

1. Colaboración en formación pregrado con Universidad de Navarra y Universidad Pública de Navarra.
2. Fortalecimiento de la formación postgrado MIR de la especialidad de Medicina familiar y comunitaria.
3. Incorporación de la formación postgrado EIR de la especialidad de Enfermería comunitaria.
4. Colaboración en formación postgrado con universidades y otras especialidades.
5. Organización de adiestramientos para actualización de habilidades y destrezas así como en la mejora de la capacidad resolutoria.
6. Formación de Tutores de especialistas en formación.

## RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

## INDICADORES

- Número de alumnos de medicina/año.
- Número de alumnos de enfermería/año.
- Número de alumnos de trabajo social/año.
- Número de MIR Medicina Familiar y Comunitaria/año.
- Número de EIR Enfermería comunitaria/año.
- Porcentaje de Zonas Básicas que colaboran en la formación pregrado y posgrado.



## XII.3. CREACIÓN DE UN PORTAL DE CONOCIMIENTO DE APyC EN EL MARCO DEL SNS-O

### DESCRIPCIÓN

El portal del conocimiento se ha convertido en una herramienta informática efectiva y esencial dentro de las organizaciones que aprenden, y fruto de esta reestructuración del conocimiento se han obtenido beneficios como la reducción de costes y tiempo, la flexibilidad y la mejor capacidad de respuesta entre otras. Dentro del contexto actual, la inteligencia de un sector de profesionales es un punto clave en la búsqueda de la competitividad de la organización y es la fuente que alimenta la gestión del conocimiento en la misma; por ello el portal del conocimiento debe buscar principalmente el desarrollo y potenciación de las competencias de los individuos y de su capacidad cognoscitiva.

### CONTENIDOS

1. Interfaz de producción de conocimiento:
  - Proyectos en fase de diseño o desarrollo.
  - Documentos elaborados por grupos de trabajo.
  - Área de participativa para la opinión.
  - Área restringida para determinados grupos.
2. Interfaz de obtención de conocimiento:
  - Las anteriores también pertenecen a este interfaz para la obtención de conocimiento.
  - Información general.
  - Agenda.
  - Enlaces de interés.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria. Servicio de Sistemas de Información Sanitaria.  
Dirección de profesionales.



## XII.4. FAVORECER Y ESTIMULAR LA PRESENCIA DE PROFESIONALES DE APyC EN GRUPOS DE TRABAJO Y COMITÉS TÉCNICOS

### DESCRIPCIÓN

Los comités son grupos de trabajo de expertos en las diferentes áreas para abordar determinados problemas. Se conforman con el objetivo de ayudar en la toma de decisiones para que los posicionamientos, proyectos y actividades que se promuevan y/o avalen estén de acuerdo a criterios lo más objetivos posibles.

Además de estos comités, existen grupos de trabajo específicos y sesiones de debate de casos clínicos en las que participan profesionales de diferentes ámbitos y especialidades. En el contexto hospitalario es relativamente sencillo que los profesionales puedan acudir a este tipo de comités, grupos y reuniones puesto que se pueden juntar con relativa facilidad pero, en el caso de la APyC, y más si cabe en aquellos que se encuentran en el medio rural, es prácticamente imposible. Es por eso que surge la necesidad de plantear alternativas para brindar esa oportunidad a los profesionales expertos que por motivos de dispersión no puedan hacerlo. Las alternativas son la disponibilidad horaria para acudir a las reuniones o bien de presencia física o bien, si ello no fuera posible, por videoconferencia.

### CONTENIDOS

1. Planteamiento a los profesionales desde la Gerencia de APyC de la posibilidad de formar parte de comités técnicos y grupos de trabajo.
2. Favorecer desde la GAP de la disponibilidad horaria para acudir a las reuniones de presencia física o por videoconferencia.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

### INDICADORES

- N° de profesionales de APyC que participan en un grupo de trabajo.





## XII.5. CREACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

### DESCRIPCIÓN

La Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, incluye entre los derechos de los ciudadanos ante los servicios sanitarios de la Comunidad Foral el respeto a su personalidad, dignidad humana, e intimidad, sin discriminación alguna.

La dimensión ética de las cuestiones que rodean la vida de las personas es actualmente una preocupación en las empresas de servicios sanitarios, donde se está impulsando la constitución de comités de ética, que sirvan de referencia para el buen hacer de los profesionales que trabajan en una atención directa a los ciudadanos.

Los profesionales de APyC se encuentran con una frecuencia cada vez mayor frente a problemas éticos que no siempre pueden resolver con su profesionalidad y sentido común, ni tampoco acudiendo a otros profesionales de su equipo. Se hace necesaria la consulta a alguna persona o grupo de referencia, con una sólida preparación en ética y con experiencia en estas materias, que pueda proporcionar orientaciones realistas.

Como quiera que este asesoramiento debe tener carácter continuo y permanente, es objeto de citada Orden Foral establecer requisitos y procedimientos para institucionalizar y proporcionar reconocimiento oficial a estas estructuras organizativas, regulando la creación y acreditación de los Comités de Ética Asistencial, en los que puedan integrarse los grupos de personas que desarrollan esta labor.

### CONTENIDOS

1. Formación de un grupo de trabajo de la gerencia de APyC y de la Junta técnico Asistencial de APyC con el fin de definir la composición y las acciones necesarias para dotar a Atención Primaria de un Comité de Ética Asistencial de referencia.
2. Realización del estudio.
3. Búsqueda alternativas.
4. Favorecer las actividades formativas que en esta materia se consideren necesarias en su momento.

### RESPONSABLE

Departamento Salud. Gerencia SNS-0. Gerencia de Atención Primaria. Junta Técnico Asistencial.

### INDICADORES

- Estudio del Comité de Ética de AP.
- Creación del comité de ética del SNS-0/Departamento.



## XII.6. INCENTIVACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN APyC

### DESCRIPCIÓN

La actividad investigadora, no siendo un fin en sí misma, es una herramienta imprescindible para la mejora y el avance. A través de la investigación se puede contribuir a la innovación y al progreso en el Sistema Sanitario para una atención eficiente cada vez de mayor calidad. Al mismo tiempo que cumple con su principal objetivo, la generación de conocimiento, la investigación conlleva importantes beneficios para los profesionales (mejora en la formación, aumento del espíritu crítico, consolidación de la actividad profesional, aumento de la satisfacción y la motivación y evita el anquilosamiento), para los sistemas sanitarios (mejora en la efectividad y eficiencia), para los pacientes (disminución de variabilidad en la práctica clínica, que contribuye a la mejora de la calidad que reciben y del principio de la equidad en la atención sanitaria) y, en definitiva, para la sociedad. La ignorancia sobre los factores que condicionan la salud de la población, sobre la historia natural de la enfermedad, sobre los servicios de salud o sobre el tipo de atención que se presta, resulta excesivamente costoso para la sociedad, no sólo en términos económicos sino también de bienestar físico, psíquico y social.

Se considera de especial interés en atención primaria la investigación evaluativa de desigualdades y resultados de los programas implantados.

### CONTENIDOS

1. Formación en investigación. Necesario para el desarrollo de competencias y para promover el desarrollo de la necesaria cultura de investigación.
2. Reconocimiento de tiempos propios de investigación. Becas de intensificación. En los grupos que muestren una trayectoria y consigan una financiación mantenida, con producción científica y repercusión sobre la asistencia, se debe contemplar un incremento en la dotación de recursos, que compensen el esfuerzo realizado y faciliten el avance.
3. Participación en grupos estables dentro de las estructuras de investigación, tanto para el propio desarrollo de investigación como para apoyo metodológico y agilizar su gestión.
4. Financiación de proyectos.
5. Difusión de los resultados.
6. Estímulo y difusión de la innovación.
7. Incorporar Indicadores en el pacto de gestión orientados a la actividad investigadora por centro de salud.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria, Departamento de Salud.

### INDICADORES

- Nº publicaciones realizadas en revistas indexadas.
- Factor de impacto acumulado.
- Nº comunicaciones presentadas a congresos/Nº profesionales EAP.
- Participación en un proyecto de investigación financiado por una entidad pública o privada.

## XIII. HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

- XIII.1. CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN
- XIII.2. CALIDEZ DEL TRATO
- XIII.3. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN
- XIII.4. ADECUACIÓN DEL ENTORNO
- XIII. 5. DIRECTRICES PARA LA GESTIÓN
- XIII. 6. CUIDADO DE LOS PROFESIONALES

### LÍNEAS DE ACCIÓN RELACIONADAS DESCRITAS EN OTRAS ESTRATEGIAS

- II.7. PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LAS ESCUELAS DE PACIENTES, PACIENTE/PERSONA EXPERTA
- V.6. GESTIÓN ADECUADA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y A LOS PROFESIONALES TRAS LA OCURRENCIA DE UN EFECTO ADVERSO
- IX.2. PLAN DE SALUD INFANTOJUVENIL



## XIII.1. CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN

### DESCRIPCIÓN

Por la ubicación de nuestros centros de trabajo y nuestra vocación de asistencia en la comunidad, los profesionales de Atención Primaria hemos trabajado desde siempre en el entorno del paciente y su familia.

El desarrollo del sistema sanitario, los cambios culturales que se están produciendo en la sociedad van llevando a una mayor tecnificación de los procesos de atención y a un aumento de las cargas de trabajo que hacen peligrar la atención personalizada y descuidar aspectos tan ligados al ser humano como la dignidad, el respeto, la intimidad, la privacidad, la autonomía...

Es necesario realizar un ejercicio de armonización entre el desarrollo profesional y las necesidades de los pacientes y profesionales. Personalizar la atención, colocar al paciente en el centro de la misma y dar valor a la relación terapéutica observando criterios de calidad y eficiencia.

### CONTENIDOS

1. Plan de acción de Humanización en AP.
2. Jornada anual de sensibilización y presentación a profesionales sobre la cultura de humanización.
3. Inclusión acciones formativas en Plan docente de APyC para mejorar sus competencias en la atención centrada en la persona. Capacitación puestos clave.
4. Colaboración activa Escuela de Pacientes y Asociaciones de Pacientes.
5. Reconocimiento de Buenas Prácticas en Humanización.
6. Evaluación y grado impacto de la oferta formativa.

### RESPONSABLE

Departamento de Salud. Gerencia de Atención Primaria. Comisión de Humanización de Atención Primaria. Profesionales responsables de humanización de centros de salud.

### INDICADORES

- Jornadas y actividades de sensibilización llevadas a cabo. Número de Profesionales que asisten a la jornada sobre las plazas ofertadas.
- Número de asistentes a la formación específica para puestos de admisión.
- Número de acciones formativas de la escuela de pacientes en las que han participado profesionales de atención primaria (sobre las realizadas).



## XIII.2. CALIDEZ DEL TRATO

### DESCRIPCIÓN

Responde a la necesidad de dar el mismo trato que nos gustaría recibir, teniendo presente la vulnerabilidad de las personas en sus contactos con el sistema sanitario así como su singularidad, situación personal, valores... de cada paciente.

### CONTENIDOS

1. Potenciar la cortesía y mejorar la calidez humana.
2. Empatizar con el sufrimiento de los pacientes.
3. Personalizar y orientar la organización hacia cada paciente.
  - Identificación de profesionales tanto en la atención presencial como en la no presencial.
  - Identificación de espacios físicos en centros de salud.
  - Impulso presentación activa de todos los profesionales.
  - Servicio de tele-traducción.
  - Formación a profesionales en Planificación Anticipada de decisiones y Documento de Voluntades Anticipadas (DVA).
  - Apoyo a usuarios tramitación DVA.
  - Apoyo a la lactancia materna IHAN.
  - Promover la autocita para evitar esperas en las áreas administrativas.
  - Promover y analizar las reclamaciones que tienen que ver con el buen trato.
  - Formación en habilidades de comunicación en Plan docente.
  - Información a profesionales servicio de mediación cultural.
  - Rediseño de circuitos de atención orientados al paciente.
  - Adecuación de citas para evitar aglomeraciones (extracciones).
  - Adecuación de procesos y circuitos en la atención a personas en situación de especial vulnerabilidad, procesos, circuitos.
  - Atención Primaria. Profesionales responsables de humanización de Centros de Salud.

### INDICADORES

- Identificación personal de los profesionales de Atención Primaria.
- Número de centros en los que se oferta el servicio de teletraducción.
- Número de cursos y asistentes a cursos sobre situaciones difíciles.
- Número de reclamaciones, quejas, sugerencias y agradecimientos relacionadas con el trato.



## XIII.3. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

### DESCRIPCIÓN

La mejora en la información y la comunicación es un paso necesario para facilitar el empoderamiento para la salud, de manera que las personas adquieran un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

### CONTENIDOS

1. Adaptar la información y comunicación a las necesidades de pacientes y familiares.
2. Mejorar la calidad y utilidad de la información que se ofrece a los pacientes y sus familias, promocionando la participación en la toma de decisiones.

### RESPONSABLE

Departamento de Salud. Gerencia de Atención Primaria. Comisión de Humanización de Atención Primaria. Profesionales responsables de humanización de Centros de Salud.

### INDICADORES

- Difusión de los decálogos en los centros de salud.
- Identificación de un responsable en los centros de salud para la revisión de la cartelería expuesta.
- Creación en la intranet de un espacio sobre humanización para profesiones.
- Entrega de material escrito a los pacientes en relación a su enfermedad.
- Plan de acogida a nuevos pacientes. Documentación escrita sobre cartera de servicios y horarios de atención.



## XIII.4. ADECUACIÓN DEL ENTORNO

### DESCRIPCIÓN

El desarrollo de una verdadera cultura de humanización requiere que se den las condiciones en las que pueda llevarse a efecto y disponer de entornos que lo faciliten.

### CONTENIDOS

1. Potenciar la accesibilidad.
2. Favorecer la intimidad, la confidencialidad y la comunicación interpersonal.

### RESPONSABLE

Departamento de Salud. Gerencia de Atención Primaria. Comisión de Humanización de Atención Primaria. Profesionales responsables de humanización de Centros de Salud.

### INDICADORES

- Divulgación en la web de los horarios de atención de los centros.
- Centros que tienen elaborado y aplican un plan de acogida a nuevos profesionales.
- Difusión de un decálogo de buen trato entre profesionales.



## XIII.5. DIRECTRICES PARA LA GESTIÓN

### DESCRIPCIÓN

Implicación de los equipos directivos en la cultura de la humanización, fomentando e incorporando a los objetivos asistenciales y organizativos aspectos relacionados con la humanización.

### CONTENIDOS

1. Introducir la humanización como un valor de la organización de Atención Primaria.
2. Apoyo a profesionales y equipos comprometidos con la humanización.

### RESPONSABLE

Departamento de Salud. Gerencia de Atención Primaria. Comisión de Humanización de Atención Primaria. Equipos directivos de las ZBS.

### INDICADORES

- Creación de la Comisión de Humanización en Atención Primaria.
- Porcentaje de ZBS que tienen un referente.





## XIII.6. CUIDADO DE LOS PROFESIONALES

### DESCRIPCIÓN

Promover el bienestar de los profesionales de Atención Primaria reconociendo su labor como una de las fortalezas del sistema y como objeto también del Plan de Humanización.

### CONTENIDOS

1. Valorar mejoras organizativas que posibiliten un clima laboral que contribuya al bienestar personal y profesional.
2. Fomentar el trabajo en equipo y reconocer la aportación de cada uno de sus miembros reforzando el sentimiento de pertenencia.
3. Facilitar el apoyo emocional.
4. Visibilizar y poner en valor la labor de los profesionales de Atención Primaria  
Introducir la humanización como un valor de la organización de Atención Primaria.
5. Apoyo a profesionales y equipos comprometidos con la humanización.

### RESPONSABLE

Departamento de Salud. Gerencia de Atención Primaria. Comisión de Humanización de Atención Primaria. Equipos directivos de las ZBS. Profesionales de los Equipos de Atención Primaria.

### INDICADORES

- Creación grupo de manejo emocional, número de sesiones y evaluación final del grupo.
- Plan de acogida en los centros a nuevos profesionales.
- Celebración de actos de reconocimiento.

## XIV. MODELO TERRITORIAL

### ➤ XIV.1. PLAN DE COMARCALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

### ➤ XIV.2. ADECUACIÓN Y REORDENACIÓN DE LOS CONSULTORIOS PERIFÉRICOS

#### LÍNEAS DE ACCIÓN RELACIONADAS DESCRITAS EN OTRAS ESTRATEGIAS

#### ➤ I.1. REDEFINICIÓN DEL ROL Y ATRIBUCIONES DE APyC

#### ➤ II.1. INTEGRACIÓN DE LA SALUD EN TODAS LAS ACCIONES

#### ➤ II.2. ACTUALIZAR COMPOSICIÓN, FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DE LOS CONSEJOS DE SALUD, ORIENTARLOS COMO ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN Y COORDINACIÓN EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

#### ➤ II.3. TRABAJAR CONJUNTAMENTE CON AYUNTAMIENTOS Y ASOCIACIONES LOCALES EN LA PROMOCIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y DE OCIO, CONTANDO CON LOS RECURSOS Y ACTIVIDADES EXISTENTES

#### ➤ II.4. ACUERDO DE COLABORACIÓN CON LAS OFICINAS DE FARMACIA

#### ➤ II.5. UTILIZACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA MEJORAR LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

#### ➤ II.6. PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A NIVEL POBLACIONAL E INDIVIDUAL

#### ➤ II.7. PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LAS ESCUELAS DE PACIENTES, PACIENTE/PERSONA EXPERTA

#### ➤ III.3. POTENCIAR LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE ENTRE APyC Y HOSPITALARIA

#### ➤ III.6. ACCESIBILIDAD Y MEJORA DE LA VISUALIZACIÓN RADIOLÓGICA

#### ➤ III.8. EXTENSIÓN TERRITORIAL DE LA REALIZACIÓN DE LA RETINOGRAFÍA

#### ➤ IV.1. EXTENSIÓN Y AFIANZAMIENTO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO Y PLURIPATOLÓGICO

#### ➤ IV.2. EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA DE AUTOCUIDADOS EN PACIENTES CON PROCESOS CRÓNICOS.

#### ➤ IV.3. COORDINACIÓN CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

#### ➤ VI. 1. EXTENSIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADA SOCIO-SANITARIA

#### ➤ VI. 2. ATENCIÓN SANITARIA A CENTROS RESIDENCIALES

#### ➤ VI. 3. PLAN DE MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y REHABILITACIÓN DOMICILIARIA

#### ➤ VI. 4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE FRAGILIDAD Y CAÍDAS

#### ➤ VII.1. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN EN DOMICILIO

PROMOCIÓN DE CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN QUE FAVOREZCAN EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: TIEMPOS ADECUADOS EN LAS AGENDAS DE LOS PROFESIONALES, INCREMENTO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACCESO A LA H.C. EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE

COORDINACIÓN CON OTROS PROFESIONALES Y RECURSOS

#### ➤ VIII. 1. ATENCIÓN A LA EMERGENCIA, URGENCIA Y ATENCIÓN CONTINUADA EN EL MEDIO RURAL. REORDENACIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE. CREACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS COMARCALES (SUC)

#### ➤ IX.1. PLAN INTEGRAL DE APOYO A LA FAMILIA, LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

#### ➤ XI.1. EXTENSIÓN DE LA BANDA ANCHA A TODAS LAS ZONAS BÁSICAS



## XIV.1. PLAN DE ORDENACIÓN DE SERVICIOS DE ÁMBITO COMARCAL DE DISTRITO

### DESCRIPCIÓN

Mejorar la equidad territorial para afianzar el asentamiento de la población en el medio rural, priorizando la atención a las urgencias es un objetivo estratégico del SNS-0.

La población de las zonas rurales decrece y envejece. Con frecuencia debe desplazarse de sus localidades de residencia para recibir servicios sanitarios (pruebas complementarias, consultas con especialistas hospitalarios,...) cuando podrían ser prestados, al menos en parte, en proximidad. Por otra parte la atención a las emergencias tiempo dependientes sufre por la concentración de los recursos en las zonas urbanas y los tiempos de respuesta son mayores. En cuanto a los recursos sociosanitarios, aunque muchas veces mancomunados tiene una dimensión pequeña, adecuada a las posibilidades de cada localidad más que a sus necesidades.

Los EAP precisan de apoyo para poder intervenir sobre los determinantes de salud en la comunidad, mantener escuelas de salud y otras acciones con la intensidad precisa para conseguir modificaciones visibles en el estado de salud de sus comunidades.

A tal objeto se pretende dotar de servicios de apoyo a nivel de comarca, que agrupe a varias Zonas Básicas de Salud de manera conjunta con las demarcaciones de APyC Social, teniendo en cuenta características socioeconómicas, de flujos de población, isócronas, etc.

### CONTENIDOS

1. Puesta en marcha de Centros de Urgencias de ámbito Comarcal que otorguen seguridad a la población rural.
2. Desarrollo de dispositivos y servicios y de Atención Primaria de Distrito que presten apoyo a los EAP para mejorar su capacidad de intervención comunitaria y su resolutivez.
3. Desarrollo de dispositivos y servicios y de Atención Primaria de Distrito que presten apoyo a los EAP para promover la autonomía de las personas, impulsar el ejercicio terapéutico, la rehabilitación orgánica y funcional y prevenir la dependencia.
4. Descentralización de servicios Hospitalarios al Distrito para mejorar la accesibilidad, la coordinación y el apoyo a la estrategia de crónicos y otras estrategias de atención sanitaria integrada orientada a la persona.
5. Coordinación Sociosanitaria en el ámbito del Distrito con servicios de soporte domiciliario, convalecencia residencial, centros de día, etc que permitan ofertar un modelo de atención sociosanitario integral a las personas dependientes que favorezca su permanencia en el hogar prevenga los ingresos hospitalarios y la institucionalización permanente.
6. Coordinación en el ámbito del Distrito con los dispositivos y servicios de apoyo a la atención integral sociosanitaria a la infancia en el ámbito local. Atención Temprana y rehabilitación en la escuela, EAIA que permitan ofertar un modelo de atención integral a la infancia en el ámbito local.
7. Mejorar la accesibilidad a los servicios especializados hospitalarios.

El despliegue de los dispositivos y servicios de ámbito comarcal o de distrito se iniciará en la Zona Media de Navarra, extendiendo progresivamente las acciones a otras comarcas en la medida que estas se vayan poniendo en práctica y generen experiencia. La dependencia orgánica y/o funcional puede ser diferenciada, y se adaptará a las diferentes configuraciones y necesidades de los distritos.

- Dispositivos de Atención Primaria y Comunitaria con ámbito comarcal o de distrito.
  - Salud Pública e intervención comunitaria.
  - Gestión Socio-Sanitaria. (Coordinación Sociosanitaria).
  - Cuidados de salud de prácticas avanzada.
  - Rehabilitación funcional y domiciliaria de Atención Primaria.
  - Atención Urgente a la Emergencia (SUC, SUE).
  - Radiología.
- Dispositivos Hospitalarios descentralizados al ámbito comarcal o de distrito.
  - Hospitalización a Domicilio.
  - Cuidados paliativos.
  - Atención a la Salud Mental.
  - Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. CASSyR.
  - Rehabilitación y fisioterapia.
  - Desplazamiento de Especialistas Hospitalarios con apoyo preferente al Programa de Crónicos (MI, Geriatria, etc).
- Otros dispositivos de Salud descentralizados al ámbito comarcal o de distrito.
  - Farmacia Extrahospitalaria.
  - Salud Laboral.
  - Salud Ambiental.
  - Salud Alimentaria.
- Dispositivos del Programa Sociosanitario.
  - Gestión Sociosanitaria, ECoDISS (Coordinación Sociosanitaria).
  - Soporte Domiciliario (ESOD).
  - Convalecencia Residencial, y estancias temporales.
  - Centros de Atención de día, y el transporte sociosanitario.
  - Atención Temprana y rehabilitación en la escuela.
  - Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia. (EAIA).
  - Servicios de Ayuda Domiciliaria. (catering, lavandería, etc.).
  - Teleasistencia y servicios de provisión de ayudas técnicas o productos de apoyo.
  - Provisión de ayudas técnicas o productos de apoyo.

En la tabla siguiente se reflejan una estimación de las necesidades de nuevo personal dependiente de la Gerencia de Atención Primaria para el período 2018-2022 incluyendo el personal sanitario necesario para el desarrollo del Programa de Coordinación Sociosanitaria y Rehabilitación Funcional.

### NECESIDADES DE PERSONAL DE DISTRITO DEPENDIENTE DE LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Coord. Sociosanitaria y Rehabilitación Funcional			Otros At. Primaria de Distrito			
Enfermería	Trabajo Social	Fisioterap. Terapia Ocup.	Téc. Apoyo S. Comunitaria	Técnico Apoyo Gestión	Enfermería comp. avanzadas	TER
5	4	20	5	4	8	8

#### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria. ISPLN. Gerencia de Salud Mental. Gerencia del CHN, Gerencias de área de Estella y Tudela.

#### INDICADORES

- Incluidos en las distintas Líneas de Acción relacionadas a las que estos dispositivos prestan apoyo.



## XIV.2. ADECUACIÓN Y REORDENACIÓN DE LOS CONSULTORIOS PERIFÉRICOS

### DESCRIPCIÓN

La APyC en Navarra se articula a través de equipos interdisciplinarios, Equipos de APyC compuestos por médicos de familia, enfermeros, pediatras, trabajadores sociales, personal administrativo y ocasionalmente fisioterapeutas, que atienden las necesidades de salud en zonas delimitadas geográficamente, Zonas Básicas de Salud, y que comprende a varias localidades de diverso tamaño. **En la localidad más poblada** se cuenta con un **Centro de Salud** y **en las más pequeñas** de un **consultorio** en el que se pasa consulta durante toda la jornada o parte de la misma uno o varios profesionales.

### CONTENIDOS

1. Estudio de la actividad y situación estructural de los diferentes profesionales por zona básica de salud, centro de salud y consultorio:
  - Valoración de alternativas para mejorar al máximo la optimización de los recursos: horarios, desplazamientos, complementariedad de la hospitalización a domicilio, cierres-aperturas de centros, necesidades de equipamiento.
2. Elección de las alternativas de mayor rendimiento y con mayor función estratégica teniendo en cuenta todas las variables.

### RESPONSABLE

Gerencia de Atención Primaria.

## B. APORTACIONES DE LA ESTRATEGIA A LA CIUDADANÍA



## ORIENTACIÓN AL PACIENTE

Garantizar un Sistema Sanitario Público universal, sostenible y de calidad que promueva la salud de la comunidad y dé una respuesta adecuada y oportuna a los derechos y necesidades sanitarias de la población exige sin duda una Atención Primaria fuerte y empoderada que contribuya de verdad a orientar el Sistema Sanitario al paciente.

Lograr una Atención Primaria fuerte y empoderada pasa por reforzar su imagen social y profesional y para ello resulta imprescindible lograr que se todos comprendamos el esencial papel que la misma desempeña para garantizar una atención sanitaria de verdadera calidad: integrada, humanizada y sostenible.

A la hora de elaborar la Estrategia de APyC de Navarra no debíamos por tanto olvidar hacer una referencia expresa al reflejo que se pretende que la misma tenga en la prestación de servicios que ha de recibir el ciudadano.

Debemos ser capaces de construir un "Relato" que ilusione a ciudadanos, profesionales, autoridades municipales, gestores públicos y políticos, llevando a cabo una labor pedagógica que haga entender que en el siglo XXI los conceptos y valores que deben sustentar la planificación y asignación de recursos, así como la organización del sistema de salud, son distintos a los que eran hace apenas cuatro décadas, debido sobre todo a los grandes cambios poblacionales, sociales y tecnológicos en los que estamos inmersos en el mundo volátil, incierto y complejo que nos toca vivir.

Debemos ser capaces de convencer de que la Estrategia APyC es el modelo deseable a desarrollar en los próximos años en Navarra y para ello debemos trasladarles los indudables beneficios que la misma puede y debe aportar a la ciudadanía.





## ¿QUÉ PUEDE Y DEBE APORTAR LA ESTRATEGIA APyC A LA CIUDADANÍA?

Esta Estrategia puede y debe **aportar** a la ciudadanía:

- **Ser el centro del sistema sanitario.**

- El ciudadano y el cuidado de su salud son la razón de ser del Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.

- **Mayor resolución de sus necesidades de salud.**

- Atención por el **profesional de salud más adecuado** para resolver su problema.

- Dedicación del **tiempo necesario**.

- **Mejor accesibilidad**, física, telefónica, telemática,...

- Revisar la adecuación de las plantillas de profesionales.
- Mejorar los procedimientos de cita.
- Potenciar las consultas no presenciales.
- Circuitos rápidos para diagnóstico de cáncer.

- **Dotación de radiología** en Alsasua, Santesteban, Sangüesa y San Adrián, ampliación del horario en Tafalla, con el fin de aumentar la resolutivead de APyC y favorecer la accesibilidad.

- **Mejor equipamiento**

- Se incorporarán innovaciones en los medios técnicos para que su médico pueda realizar un diagnóstico más acertado y tomar las mejores decisiones.

- Que el profesional pueda acceder a la **historia clínica desde el domicilio** o residencia, favorecerá una atención más ágil.

- Potenciar la realización de **cirugía menor** en todas las zonas básicas lo que evitará desplazamientos y demoras.

- Potenciar la realización de **Interconsultas no presenciales**, incluso con la incorporación de imágenes.

- Su médico y los especialistas del hospital valorarán conjuntamente su caso y acordarán los pasos necesarios para su estudio y tratamiento sin que tenga que desplazarse.

- **Fisioterapia**

- Su médico de familia podrá indicarle el tratamiento fisioterápico directamente ante determinados problemas de salud sin necesidad de acudir a una consulta especializada.

- **Coordinación con Hospitalización domiciliaria**

- Permite a los pacientes recibir un tratamiento de características de ingreso en su propio domicilio, coordinado con los profesionales de su centro de salud y servicio de urgencias.

- **Mejora de transporte sanitario.**

- Transporte sanitario **programado**. Favoreciendo una mejor organización para que los desplazamientos no se prolonguen más de lo necesario.
- Transporte sanitario urgente. Disponiendo de **vehículos de soporte vital avanzado** en las cabeceras de comarca.

- **Colaboración con las oficinas de farmacia** en el fomento de los autocuidados, detección de reacciones adversas y problemas de adherencia terapéutica. Mejora de la comunicación con los profesionales de APyC.
- **Menor necesidad de desplazamiento para pruebas complementarias**
  - **Ecografía** en todas las Zonas Básicas de Salud.
    - Mejora la capacidad diagnóstica del médico, evita viajes innecesarios, para la práctica de ecografías y disminuye la indicación de interconsulta.
  - **Radiología en Centros Comarcales:** Alsasua, Santesteban, San Adrián y Sangüesa, ampliación del horario en Tafalla.
    - La ubicación de nuevos aparatos de RX ahorraría más de 380.000 minutos pacientes en desplazamientos a miles de ciudadanos de las zonas rurales (sin cuantificar los desplazamientos que se remiten al hospital).
  - **Retinografía** en Centros Comarcales y refuerzo del servicio existente en Pamplona.
    - Esencial para la detección precoz de daño en la retina y prevención la pérdida de visión por la diabetes. También permite detectar, al mismo tiempo, la presencia de glaucoma.
    - La ubicación de nuevos aparatos en las cabeceras de comarca y el aumento de la disponibilidad en Pamplona facilitará el acceso a las 38.000 personas diagnosticadas de diabetes.
  - **Autoanalizador de química seca** y pruebas de **diagnóstico rápido** para diagnóstico de cardiopatía isquémica (troponinas). Estudio de viabilidad. En los Servicios de Urgencia Comarcal.
  - **Medidor de Hemoglobina glucosilada** en sangre capilar para control de la diabetes. Estudio de viabilidad. En todos los centros.
    - Disminuirá la necesidad de la realización de análisis de sangre y el resultado es inmediato.
  - Medidor de **INR domiciliario** para autocontrol del tratamiento anticoagulante con acenocumarol/warfarina. Estudio de viabilidad. En todos los centros.
    - Evitará, a las personas susceptibles de usarlo, la necesidad de acudir al centro de salud y ayudará a mejorar el control.
- **Accesibilidad y mayor posibilidad de interactuar a nivel telemático y ayudarle a tomar las mejores decisiones sobre su salud.**
  - **Carpeta de paciente.** En la que el propio paciente puede introducir información en su historia clínica y acceder a ella.
  - **Telemonitorización.** Que permite enviar información (tensión arterial, glucosa, peso,...) al profesional y a este tomar decisiones con los datos recibidos.
  - **Citación** más ágil y flexible, mejor accesibilidad.
  - **Enfermera de consejo.** Como un recurso al que se pueden consultar telefónicamente problemas o dudas de salud y puede actuar de manera programada a demanda de los profesionales.
  - Respeto al derecho a ser atendido por los profesionales en **euskera** en las zonas vascófona y mixta.

● **Mayor hincapié sobre la promoción de la salud y la prevención. Ayuda y consejo para cuidarse y no enfermar. Hacerle más autónomo.**

- **Actuación a nivel comunitario** sobre las causas de los problemas de salud.
  - Análisis y priorización de los problemas de salud más relevantes de una comunidad y sus causas.
  - Definición de planes de actuación.
  - Acción y evaluación de resultados.
- Promover la **mejora de los autocuidados**.
- Promover la **mejora hábitos de vida**.
- Fomento de las actividades de **educación para la salud**.
- Fomento de la formación y participación de **paciente experto**.
- Promover la participación en el **Programa de Cáncer de Mama**.
- Promover la participación en el **Programa de Cáncer de Cuello de Útero**.
- Promover la participación en el **Programa de Cáncer de Colon**.
- Programa de **actividades preventivas y de promoción de la salud**.
- Programa de atención dental infantil (**PADI**).

● **Mayor integración de servicios, sanitarios, sociales, comunitarios.**

- **Gestión integrada de recursos sociosanitarios** a nivel local, promoviendo la intervención conjunta de ambos sistemas, mejorando la coordinación y comunicación, simplificando y agilizando trámites y plazos.

● **Una atención a la urgencia y emergencia coordinada, rápida y efectiva.**

- Aumento del porcentaje de la población que se encuentre **a menos de 30 minutos** de un recurso sanitario con posibilidad de realizar un **soporte vital avanzado**.

Tiempo hasta soporte vital avanzado	POBLACIÓN	
< 15 min	465.828 personas	75,38 %
< 30 min	593.740 personas	96,08 %

- **Servicios de Urgencia Comarcal** (SUC) abierto 24h reforzados, con medios diagnósticos (radiología simple, ecografía y química seca), y transporte sanitario.
  - Dotación con una **ambulancia de soporte vital avanzado polivalente** a nivel comarcal.
  - **Vehículos** identificados en Zonas Básicas y SUC.
  - **Reordenación de la atención urgente en Pamplona**.
- **Mejor coordinación con el hospital y en los equipos para atender a los problemas de salud crónicos, agudos y a aquellos que precisan especial seguimiento.**
- Estrategia de atención al **paciente con enfermedades crónicas y pluri-patología y pacientes en cuidados paliativos**.

- Evitar **ingresos innecesarios**. Reducir la necesidad de ingreso a través de urgencias y fomentar **los ingresos programados** (directos).
- Programa de **Planificación al alta** hospitalaria.
- **Interconsultas no presenciales** entre médicos de familia o pediatras y especialistas, sin necesidad de desplazar al paciente.
- **Atención al paciente agudo**. Manejo de las situaciones con criterios comunes acordados, orientados a una mejor continuidad y eficiencia en los cuidados.
- **Conciliación de tratamiento farmacológico** en pacientes polimedificados. Para evitar efectos adversos.
- **Atención integral a infancia y adolescencia.**
  - Programa atención a la **infancia y adolescencia**.
  - Atención por el **profesional más adecuado** en cada momento.
  - **Integración de acciones a nivel sanitario, educativo y social.**
- **Mayor seguridad.**
  - **Eliminar** los procedimientos y tratamientos de **escasa eficacia o innecesarios**.
  - **Reducir eventos adversos** por fármacos o intervenciones.
  - **Mayor coordinación** entre profesionales de diferentes niveles asistenciales.
- **Digitalización de la información existente en las historias clínicas de papel de personas fallecidas e incorporación a la historia clínica informatizada.**
  - Mejor acceso a los datos de la historia clínica. Se unificarán los archivos actualmente en formato papel existentes en los Centros de Salud y consultorios a las historias clínicas informatizadas, lo que mejorará su accesibilidad en caso de necesidad y aumentará la seguridad en la custodia.
- **Programa de Atención Dental Infantil (PADI).**
  - **Fomentar el uso** del programa.
  - **Estudiar los determinantes de no utilización** del programa.
  - Implementar acciones para garantizar **equidad de acceso** en función de los resultados obtenidos.
- **Mayor posibilidad de participación del ciudadano.**
  - Consejo de Salud. **Relanzamiento de los Consejos de Salud** de Zona Básica como órganos de participación de la comunidad.
  - Asociaciones de pacientes y de ayuda. **Mayor participación** de las asociaciones en las acciones.
  - Municipal. Para conseguir **comunidades saludables**.
  - Carpeta de paciente. Mediante la cual podrá **recoger información en su propia historia clínica**.
  - **Valoración de su satisfacción** con la atención recibida. Mediante sistemas continuos de valoración.

## C. PROCESO DE PARTICIPACIÓN



# APROBACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO

## DOCUMENTO DEFINITIVO. DICTAMEN DEL CONSEJO NAVARRO DE SALUD

### PROCESO DE ELABORACIÓN

- Diagnóstico de situación,

#### DAFO y Áreas de Mejora

##### Fortalezas

- Alto concepto de la población respecto a la atención sanitaria.
- Plan de Salud.
- Estructura de Atención Primaria consolidada.
- Profesionales expertos.
- Acciones de mejora del modelo asistencial en marcha (crónicos, etc.).
- Buenos indicadores de salud.
- Abundante existencia de estudios previos.
- Buena red de transporte sanitario.
- Buena red viaria.
- Red de recursos sociales extensa.
- Cobertura territorial de la atención a urgencias.
- Amplia red de farmacias.
- Informatización generalizada de la Hª Clínica.
- Red de centros de Atención a la Mujer y Salud Mental.

##### Oportunidades

- Parlamento motivado con la mejora del Sistema Sanitario.
- Concienciación ciudadana de necesidad de austeridad.
- Momento de participación.
- Capacitación profesional superior al de atribuciones y tareas realmente ejercidas.
- Desarrollo de redes viarias, medios de locomoción.
- Nuevas tecnologías en sistemas de información.
- Nuevas tecnologías asistenciales adaptables a Atención Primaria.
- Nuevas tecnologías de telefonía y comunicación.

##### Debilidades

- Escasa orientación a los aspectos comunitarios.
- Escaso atractivo de la Especialidad y de la valoración social de la At. Primaria.
- Escasas atribuciones para ejercer su rol.
- Escasez de profesionales médicos.
- Fragmentación de la atención sanitaria.
- Escasa coordinación sociosanitaria.
- Modelo inadecuado de atención a urgencias.
- Dificultad para cubrir vacantes (pediatras).
- Alta dispersión red de consultorios y PAC's.
- Insatisfacción con la formación y pérdida de competencia en situaciones de baja casuística.
- Alto nivel de derivaciones a Especializada Hosp.
- Recursos financieros limitados.
- Escasa tecnología médica resolutive.
- Trabajo en equipo dificultoso en ZB rurales.
- Dificultad para integrar al personal SUR en los objetivos del EAP.

##### Amenazas

- Envejecimiento creciente de la población.
- Aumento de la patología crónica y pluripatología.
- Despoblación progresiva del medio rural.
- Incremento de los costes en tecnología y nuevos fármacos.
- Impacto de la crisis económica sobre la población.
- Dificultades para consensuar modificaciones en la reorganización de la atención rural.
- Redes de telecomunicaciones insuficientes.

- Reflexión estratégica.
- Elaboración de la propuesta del Plan Estratégico.

### PROCESO DE PARTICIPACIÓN

- Presentación de la propuesta Plan.
- 1ª Ronda con los Grupos Políticos

Proceso participativo  
Profesional  
Contraste Social  
Sesión de retorno

- 2ª Ronda con los Grupos Políticos
- Comparecencia Parlamentaria y aportaciones de los Grupos

# PROCESO DE PARTICIPACIÓN

## PROCESO DE PARTICIPACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE NAVARRA

Fase previa

**Presentación pública de las Bases de la Estrategia de Atención Primaria**  
 Jornada de presentación pública  
 Reuniones con grupos de interés e instituciones

Fase de información, consulta, deliberación

**Modelo Territorial y de Urgencias Rurales**  
 Reuniones grupos focales técnicos  
 Encuesta a los profesionales de los EAP rurales  
 Jornadas con agentes institucionales  
 locales pilotaje de Tafalla

**¿Cómo debería ser la AP del futuro? Reflexión estratégica de los profesionales**  
 4 sesiones técnicas  
 Jornada de retorno de las propuestas/aportaciones  
 Redacción de un informe

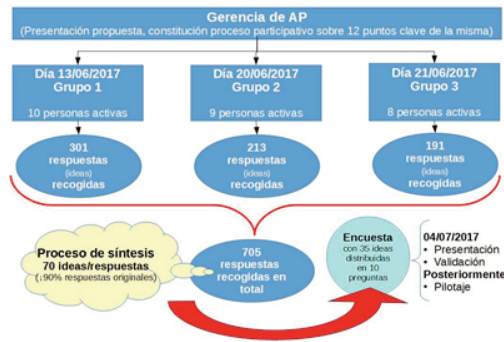
**Contraste social**  
 Una jornada de participación abierta con 120 participantes  
 Reuniones informativas comarcales  
 Elaboración de un informe

Exposición pública

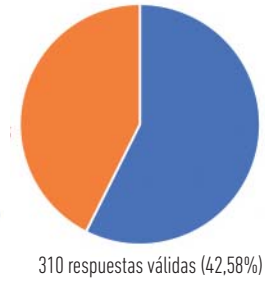
**Exposición pública**  
 Informe y estudio de las propuestas  
 Exposición pública del borrador de la Estrategia  
 Aportaciones de revisores externos  
 @recogida de aportaciones  
 Informe de la exposición pública

Retorno y aprobación

**Retorno y aprobación de las Bases de la Estrategia de Atención Primaria**  
 Informe general del proceso  
 Decisión sobre las propuestas técnicas y ciudadanas  
**Aprobación de la Estrategia**



ENCUESTAS remitidas a todos los profesionales del ámbito rural (728)



**JORNADA DE CONTRASTE SOCIAL DE LAS BASES DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA**



**FECHA Y HORA:** 17 noviembre de 2017, a las 9h.

**LUGAR:** Residencia Joven/Fuertes del Príncipe C/ Gorbabe nº 34 Pamplona

**INSCRIPCIONES:** hasta el 15 de noviembre en: <http://bit.ly/1uozoo9>

**ORGANIZA:** Gobierno de Navarra

**DIRIGIDA A:** Entidades Locales, Colegios de Salud y otras entidades y organizaciones sociales

**OBJETIVOS**

- Presentar el borrador de la Estrategia de Atención Primaria de Navarra
- Facilitar la consulta presencial y la deliberación pública sobre el contenido de la misma.

**PROGRAMA**

09,00 h. Apertura a cargo de Fernando Domínguez Cunchillos, consejero de Salud.

1ª Parte: 09,30 h. Presentación del borrador de la Estrategia de Atención Primaria de Navarra a cargo de Luis Gabillondo, Director General de Salud

09,40 h. Presentación del proceso de participación vinculado a la aprobación de la citada Estrategia, a cargo de Santos Induráin, Gerente de Atención Primaria.

09,50 h. Conferencia a cargo de Patricia Alfonso, médico de familia. "La Atención primaria del futuro"

10,25 h. Presentación de la Escuela de salud y del Observatorio de Salud Comunitaria, a cargo del Instituto de Salud Pública y laboral de Navarra

10,45 h. Preguntas e Intervenciones de las personas asistentes a la jornada y diálogo con los ponentes anteriores

**Café 12,00 h.**

2ª Parte: 11,30 h. Trabajo en grupos para reflexionar y realizar, en su caso propuestas, sobre:

- ¿Qué espera la sociedad navarra de su Atención Primaria de Salud? Roles y funciones. Cambio de modelo: autocuidados y responsabilidad en el cuidado de la salud.
- Modelo territorial. Integración socio-sanitaria. *Mejorar en la equidad, avanzar hacia una intervención más integral.*
- Participación e intervención comunitaria. *La comunidad como agente de salud. Intervención a nivel local.*

3ª Parte: 13,30 h. Puesta en común de las conclusiones de los grupos

13,55 h. Clausura



**Sesión de retorno del proceso de participación de la Estrategia de Atención Primaria**

**FECHA Y HORA:** 15 de Marzo de 2018, a las 12,30 h.

**LUGAR:** Salón de Actos. Facultad de Ciencias de la Salud C/ Avenida de Barañain, s/n 31008 Pamplona



marzo-junio  
 junio-octubre  
 octubre-diciembre  
 octubre-diciembre  
 diciembre-enero  
 diciembre-febrero 2018



## SÍNTESIS Y VALORACIÓN DE LAS PROPUESTAS

PROFESIONALES	Aceptadas	En estudio	No aceptadas	TOTAL
Modelo Territorial y de Urgencias	8	4	2	14
Crónicos y Pluripatológicos	22	6	1	29
Agudos autolimitados	22	6		28
Capacidad Resolutiva	13	4	3	20
Atención Sociosanitaria	14	4	3	21
Participación e Intervención Comunitaria	3	1		4
At. Integral a la Infancia	32	9	2	43
<b>SUBTOTAL</b>	<b>114</b> 71,7%	<b>34</b> 21,40%	<b>11</b>	<b>159</b>

CONTRASTE SOCIAL	Aceptadas	En estudio	No aceptadas	TOTAL
Autocuidados y corresponsabilidad	12	3		15
Modelo Territorial y Sociosanitario	11	4	2	17
Participación e Intervención Comunitaria	6	3		9
<b>SUBTOTAL</b>	<b>29</b> 70,7%	<b>10</b> 24,40%	<b>2</b>	<b>41</b>
<b>TOTAL</b>	<b>143</b> 71,5%	<b>44</b> 22,00%	<b>13</b>	<b>200</b>





## CONCLUSIONES GENERALES DEL PROCESO PARTICIPATIVO

- Convicción generalizada de la necesidad de empoderar la AP.
- Muy amplio consenso en los Objetivos Estratégicos.
- Importancia del conjunto de las acciones propuesta (75 sobre 100).
- Necesidad de generalizar el modelo y los circuitos de atención orientado a la necesidad y no solo a la demanda. Imperiosa necesidad de clasificación y orientación de la demanda al profesional idóneo. Perfiles y roles profesionales.
- Acuerdo en la necesidad de recuperar el papel comunitario de la Atención Primaria.
- Apuesta decidida y compartida por incrementar la agilidad y capacidad resolutoria de Atención Primaria con formación y dotación de nuevos medios.
- Imperiosa necesidad de mejorar la coordinación con el Hospital (Generalizar la Interconsulta No Presencial, coordinación con Hospitalización a Domicilio, liderazgo en crónicos, etc).
- Necesidad de reforzar y ordenar la atención pediátrica garantizando que todos los niños tengan un pediatra de referencia en su zona básica.
- Amplio consenso social en relación al modelo territorial que apuesta por la equidad territorial y prioriza la urgencia vital.
- Discrepancias laborales en torno al modelo organizativo de atención de urgencia rural entre quienes desarrollan su labor en horario ordinario y aquellos que asumen la atención continuada rural (SUR).



## PRINCIPALES PREOCUPACIONES DETECTADAS

- Asignación suficiente y coherente de recursos.
  - Prioridad presupuestaria efectiva y sostenida en el tiempo.
  - Redimensionar las plantillas y adecuar el sistema de TIS Estandarizadas.
- Garantizar el desarrollo efectivo y la continuidad de la Estrategia.
  - Objetivos tengan continuidad en el tiempo.
  - Marco normativo que facilite el desarrollo de la Estrategia.
  - Mejoras organizativas y de planificación.
  - Despliegue realista de la estrategia: adaptada a las necesidades de la población, a los cambios de la sociedad y a los recursos disponibles.
- Coordinación con otros niveles asistenciales.
  - Sistemas e instrumentos de continuidad asistencial.
  - Relaciones y coordinación interniveles (Responsabilidades).
  - Liderazgo de la Atención Primaria para garantizar atención centrada en la persona.
- Gestión racional de la demanda.
  - Intensificar las campañas informativas de autocuidados y desmedicalización.
  - Evitar ofertas demagógicas de servicios generadoras de demanda.

Consenso  
social y  
político

Atención  
integrada



N A ♥ A R R A



# LÍNEAS DE ACCIÓN Y PARTICIPACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA Y COMUNITARIA DE NAVARRA

2019-2022



Servicio Navarro de Salud  
Osasunbidea